

PHẪU THUẬT NỘI SOI XUYÊN THÀNH DẠ DÀY CẮT U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA VÙNG TÂM VỊ

Đinh Văn Chiến¹, Nguyễn Văn Hương¹

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumors - GIST) vùng tâm vị là một vị trí khó trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp tránh làm tổn thương thêm cho bệnh nhân (BN). Chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh được phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt GIST vùng tâm vị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Ca lâm sàng: Trường hợp 1 là bệnh nhân nam, 34 tuổi, vào viện vì đau bụng. Bệnh sử: viêm dạ dày trào ngược và uống thuốc điều trị nhưng không khỏi nên vào viện. Tiền sử: khỏe mạnh. Thăm khám lâm sàng bình thường. Nội soi dạ dày: vùng tâm vị có khối u dưới niêm mạc KT 2 x 2,5cm. Chụp cắt lớp vi tính: vùng tâm vị có khối u KT 28 x 32mm, ranh giới rõ. Chẩn đoán trước mổ: U dưới niêm mạc vùng tâm vị và được phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày bóc u dưới niêm mạc vùng tâm vị bằng dao siêu âm. Thời gian phẫu thuật 125 phút, không có tai biến trong mổ. Nhuộm hóa mô miễn dịch: dương tính với DOG1, CD117, CD34, âm tính với Desmin, S100. Sau mổ diễn tiến ổn định, cho ăn lỏng sau mổ 48h. Ra viện vào ngày thứ 7. Trường hợp 2 là bệnh nhân nữ, 64 tuổi, vào viện vì đau bụng. Bệnh sử: viêm dạ dày trào ngược hơn 1 năm điều trị không đỡ nên vào viện. Tiền sử: khỏe mạnh. Thăm khám bình thường. Nội soi dạ dày: sát tâm vị có khối u dưới niêm mạc KT ~ 1,8cm. Chụp cắt lớp vi tính: vùng tâm vị có khối u dưới niêm mạc KT 16 x 22mm. BN được phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày bóc u dưới niêm mạc vùng tâm vị bằng dao siêu âm. Thời gian phẫu thuật 95 phút, không có tai biến nào trong mổ. Nhuộm hóa mô miễn dịch: dương tính với DOG1, CD117, CD34, âm tính với Desmin, S100. Sau mổ diễn tiến ổn định, cho ăn lỏng sau mổ 48h. Sau 7 ngày ổn định ra viện.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày là một lựa chọn tốt trong phẫu thuật GIST vùng tâm vị dạ dày, nhất là với GIST có kích thước nhỏ. Kỹ thuật có ưu điểm là vết mổ nhỏ, hồi phục sức khỏe sau mổ sớm và có tính thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày, GIST vùng tâm vị.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC TRANSGASTRIC RESECTION FOR GIST IN THE CARDIA AREA

Đinh Văn Chiến¹, Nguyễn Văn Hương¹

Background: Cardiac GIST is a difficult position in choosing the right surgical method to avoid further injury to the patient. We report 2 cases of laparoscopic transgastric to remove GIST in the cardia at Nghe An Friendship General Hospital.

Case report: The first case was a 34-year-old male patient. Reason for admission: Abdominal pain. History: reflux gastritis and taking medication to treat but not getting better should be hospitalized. History: healthy. Normal clinical examination. Gastroscopy: Cardiac region with submucosal tumor 2 x 2.5cm. Computed tomography: Cardiac area with tumor KT 28 x 32mm, clearly demarcated. Preoperative diagnosis: The tumor was submucosal in the cardia and was laparoscopic transgastric resection for gastric GIST by ultrasound knife. The operative time was 125 minutes,

Ngày nhận bài: 26/9/2023. Ngày chỉnh sửa: 01/3/2024. Chấp thuận đăng: 13/03/2024

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

Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt u mô đệm...

no complications during surgery. Immunohistochemical staining was positive for DOG1, CD117, CD34, negative for Desmin, S100. Postoperative progress was stable, giving liquid food 48 hours after surgery. Discharged from the hospital on day 7. The second case was a 64 - year - old female patient. Reason for admission: Abdominal pain. History: reflux gastritis for more than 1 year of treatment did not improve, so he was hospitalized. History: healthy. Normal examination. Gastroscopy: close to the heart, there is a submucosal tumor of ~1.8cm. Computed tomography: Cardiac region with submucosal tumor KT 16 x 22mm. The patient underwent laparoscopic transgastric resection for gastric GIST by ultrasound knife. The operative time was 95 minutes, no complications during surgery. Immunohistochemical staining was positive for DOG1, CD117, CD34, negative for Desmin, S100. Postoperative progress was stable, giving liquid food 48 hours after surgery. After 7 days of stabilization, he was discharged from the hospital.

Conclusion: Laparoscopic transgastric may be a good option for gastric GIST in the cardia area, especially with small GISTs. This technique has the advantages of small incisions, early postoperative recovery and high aesthetics.

Keywords: Laparoscopic transgastric gastric, GIST in the cardia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST - Gastrointestinal stromal tumors) được Mazur và Clark báo cáo lần đầu tiên trên thế giới vào năm 1983 [1], GIST chiếm dưới 1% các loại u ở đường tiêu hóa, tỷ lệ mắc mới hàng năm trên thế giới ước tính từ 10 - 20 bệnh nhân trên 1 triệu dân và vị trí u chủ yếu gặp ở dạ dày [2,3]. Điều trị GIST là kết hợp đa mô thức như phẫu thuật, điều trị đích ... trong đó phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị được cho là hiệu quả nhất hiện nay. Có nhiều phương pháp phẫu thuật như mổ mở, phẫu thuật nội soi, hoặc kết hợp nội soi, hoặc cắt qua nội soi ... đều cho thấy kết quả tốt, nhưng với những trường hợp GIST ở vùng tâm vị thì vẫn đang là thách thức lớn với các phương pháp điều trị, bởi vùng tâm vị là vùng trong bán kính 3cm từ đường thực quản tâm vị (đường Z) về phía dạ dày [3, 4]. Đây là vùng rất khó để tiếp cận trong phẫu thuật tại chỗ hoặc tối thiểu như cắt hình chêm, cắt qua nội soi, kết hợp nội soi ... do vùng này hẹp, sát lỗ tâm vị nên dễ gây hẹp, can thiệp qua nội soi thì phải quặt ngược ống soi ... Các chỉ định điều trị phẫu thuật trước đây đều phải mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi (PTNS) hỗ trợ cắt bán phần trên dạ dày và kết hợp tạo van chống trào ngược nên là một thách thức lớn cho các phẫu thuật viên và bệnh nhân khi quyết định mổ. Năm 1995, Ohashi là người đầu tiên giới thiệu về kỹ thuật PTNS xuyên thành dạ dày (laparoscopic transgastric) cắt niêm mạc trong

ung thư dạ dày sớm và cắt u dưới niêm mạc dạ dày [5]. Năm 1996, Geis và cộng sự lần đầu tiên trên thế giới đã báo cáo về PTNS xuyên thành dạ dày cắt dưới niêm mạc dạ dày điều trị các u lành tính ở dạ dày [6]. Đến nay, đã có nhiều báo cáo về ứng dụng phương pháp PTNS xuyên thành dạ dày trong phẫu thuật cắt u dưới niêm mạc nói chung và GIST nói riêng ở vùng tâm vị dạ dày tại các nước như Nhật Bản, Malaysia, Trung Quốc, Hàn Quốc ... kết quả sớm cũng như kết quả dài hạn đều được ghi nhận tốt trong các nghiên cứu [3] và đã cơ bản giải quyết được những khó khăn, thách thức trong tiếp cận phẫu thuật điều trị GIST vùng tâm vị. Tại Việt Nam, PTNS đã phát triển hơn 30 năm qua và đã đạt nhiều thành tựu vượt bậc trong nhiều chuyên ngành nhưng kỹ thuật PTNS xuyên thành dạ dày điều trị GIST vùng tâm vị dạ dày vẫn chưa được ứng dụng nhiều ở các cơ sở y tế trong cả nước và chưa có báo cáo nào về kỹ thuật này. Chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh được phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt GIST vùng tâm vị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

2.1. Trường hợp 1

Bệnh nhân nam, 34 tuổi, vào viện vì đau bụng. Bệnh sử: Bệnh nhân đau bụng vùng thượng vị, ợ hơi, ợ chua, nóng rát vùng thượng vị đã hơn 3 tháng, đã đi khám bệnh, được chẩn đoán viêm dạ dày trào ngược và uống thuốc điều trị theo phác

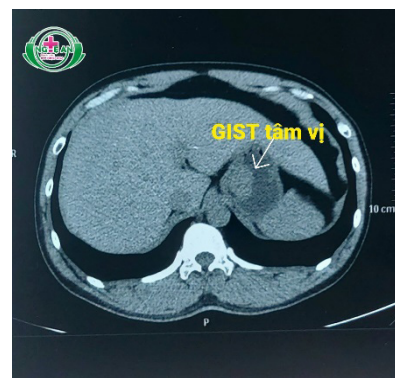
Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt u mô đệm...

đồ nhưng không khỏi nên bệnh nhân đến bệnh viện khám, nội soi thực quản dạ dày tá tràng thì phát hiện u dưới niêm mạc vùng tâm vị nên vào viện. Tiền sử: khỏe mạnh. Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh táo tiếp xúc tốt, toàn trạng ổn định, BMI 23,5 kg/m². Đại tiểu tiện bình thường. Khám bụng bình thường, các cơ quan khác bình thường. Xét nghiệm công thức máu: HC 5,46T/L; Hb 163G/L; HCT 0,481L/L; BC 8,13G/L; TC 322G/L. Xét nghiệm hóa sinh máu: Glucose 4,77mmol/l, Creatinin 73μmol/l; Albumin

43,4G/L; SGOT 24U/L; SGPT 45U/L. Na⁺ 137 mmol/l; K⁺ 3,52mmol/l; Ca²⁺ 2,37mmol/l. Nội soi thực quản dạ dày: Tâm - phình vị có khối u dưới niêm mạc KT 2 x 2,5cm, đẩy lùi vào lòng dạ dày, bề mặt nhẵn, không loét (hình 1). Chụp cắt lớp vi tính: Vùng tâm vị có khối u KT 28 x 32mm, ranh giới rõ, đẩy lùi vào lòng dạ dày, sau tiêm ngấm thuốc mạnh, không thấy thâm nhiễm hay xâm lấn xung quanh, các cơ quan khác chưa thấy tổn thương (hình 2). Các chỉ số xét nghiệm và hình ảnh khác trong giới hạn bình thường.



Hình 1: GIST tâm vị trên nội soi



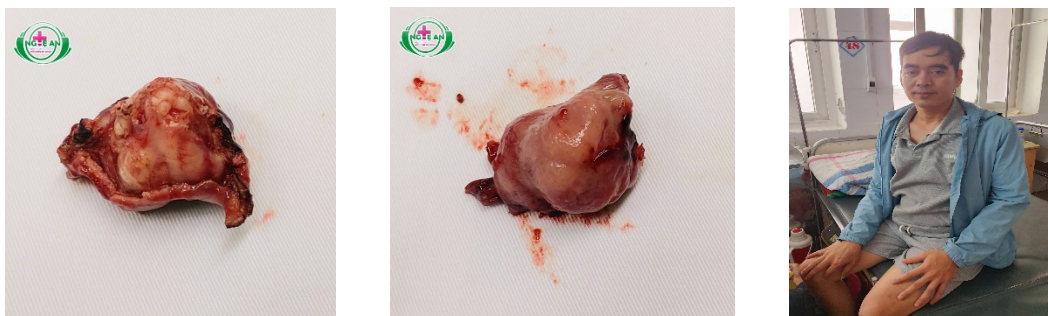
Hình 2: GIST trên chụp cắt lớp vi tính

Chẩn đoán trước mổ: U dưới niêm mạc vùng tâm vị. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày (laparoscopic transgastric) bóc u dưới niêm mạc vùng tâm vị bằng dao siêu âm. Khâu lại diện bóc u bằng chỉ V-Lock 2.0. Phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân dạng, phẫu thuật viên và dụng cụ viên đứng bên trái, phụ camera đứng giữa 2 chân, phụ 1 đứng bên phải. Tiến hành mở bụng đường trắng giữa trên rốn dài khoảng 3 - 4cm ngay vị trí tương ứng mặt trước hang vị dạ dày rồi tiến hành kéo nâng hang vị ra ngoài thành bụng, khâu 2 sợi chỉ tựa để treo mặt trước dạ dày ngoài thành bụng. Mở mặt trước dạ dày khoảng 3 - 3,5cm rồi luồn dụng cụ Single port (với 3 cổng vào, 2 cổng 10mm và 1 cổng 5mm) vào trong thành dạ dày và cố định vào thành bụng. Đưa camera vào lòng dạ dày về phía vùng tâm vị thấy có khối u dưới niêm mạc nằm ngay sát lỗ tâm vị, KT 3 x 3,5 cm, niêm mạc dạ dày hồng nhẵn, không thấy loét. Tiến hành phẫu tích, bóc tách u bằng dao siêu âm, bóc gọn toàn bộ

khối u và cho vào túi bệnh phẩm. Bơm rửa sạch diện bóc tách và trong lòng dạ dày. Kiểm tra cầm máu tốt, không xuyên thủng lớp cơ và thanh mạc dạ dày, khâu kín niêm mạc diện bóc tách bằng chỉ V-Lock 2.0, luồn thông dạ dày qua lỗ tâm vị thấy lưu thông bình thường. Lấy bệnh phẩm và rút hết dụng cụ nội soi, đóng lại đường mở dạ dày bằng stapler thẳng và đóng lại vết mổ thành bụng. Thời gian phẫu thuật 125 phút, không có tai biến nào trong mổ.

Giải phẫu bệnh sau mổ: Tổ chức u gồm các tế bào nhân hình thoi sắp xếp hình bó, nhân tế bào không đều, kiềm tính, chất nhuộm sắc thô. Nhuộm hóa mô miễn dịch dương tính với DOG1, CD117, CD34, âm tính với Desmin, S100. Sau mổ diễn tiến ổn định, bệnh nhân ngồi dậy và vận động sau 24h và cho ăn lỏng vào sau mổ 48h. Sau 7 ngày ổn định, ăn uống, đại trung tiện thường, cho ra viện (hình 3). Khám lại sau 1 tháng bệnh ổn định, ăn uống bình thường. Khám lại sau 3 tháng bệnh nhân tăng được lên được 3 kg, ăn uống bình thường.

Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt u mô đệm...

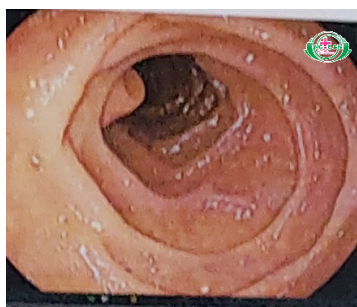


Hình 3: Bệnh phẩm GIST vùng tâm vị và bệnh nhân khi ra viện

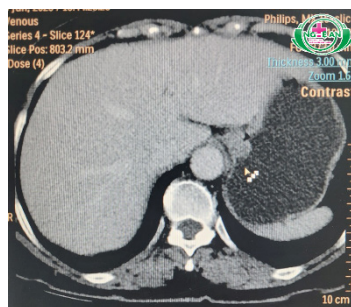
2.2. Trường hợp 2

Bệnh nhân nữ, 64 tuổi, vào viện vì đau bụng. Bệnh sử: Bệnh nhân đau bụng vùng thượng vị, ợ hơi, ợ chua, nóng rất vùng thượng vị đã hơn 1 năm, đã đi khám bệnh, được chẩn đoán viêm dạ dày trào ngược và uống thuốc điều trị theo phác đồ nhưng cứ hết thuốc lại bị lại. Khoảng 1 tháng nay, các triệu chứng viêm dạ dày trào ngược càng nặng lên nên bệnh nhân đến bệnh viện khám, được chỉ định nội soi thực quản dạ dày tá tràng thì phát hiện u dưới niêm mạc vùng tâm vị nên vào viện. Tiền sử: Bệnh nhân không có tiền sử gì đặc biệt liên quan bệnh. Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh táo tiếp xúc tốt, toàn trạng trung bình, da niêm mạc hồng, mạch và huyết động ổn định, BMI 20,5

kg/m². Đại tiểu tiện bình thường. Bụng mềm, không chướng, không đau, không sờ thấy u cục, các cơ quan khác chưa phát hiện bệnh lý. Xét nghiệm công thức máu: HC 4,30T/L; Hb 130G/L; HCT 0,397L/L; BC 5,49G/L; TC 211G/L. Xét nghiệm hóa sinh máu: Creatinin 45μmol/l; Albumin 32,5G/L; SGOT 12,8U/L; SGPT 5,6U/L. Na⁺ 138,4 mmol/l; K⁺ 3,20mmol/l; Ca²⁺ 2,08mmol/l. Nội soi thực quản dạ dày: Sát tâm vị có khối u dưới niêm mạc KT ~ 1,8cm, bề mặt nhẵn, không loét, niêm mạc vùng hang vị xung huyết (hình 4). Chụp cắt lớp vi tính: Vùng tâm vị về phía phình vị có khối u dưới niêm mạc KT 16 x 22mm, ranh giới rõ, đẩy lùi vào lòng dạ dày (hình 5). Các chỉ số xét nghiệm và hình ảnh khác trong giới hạn bình thường.



Hình 4: GIST tâm vị trên nội soi

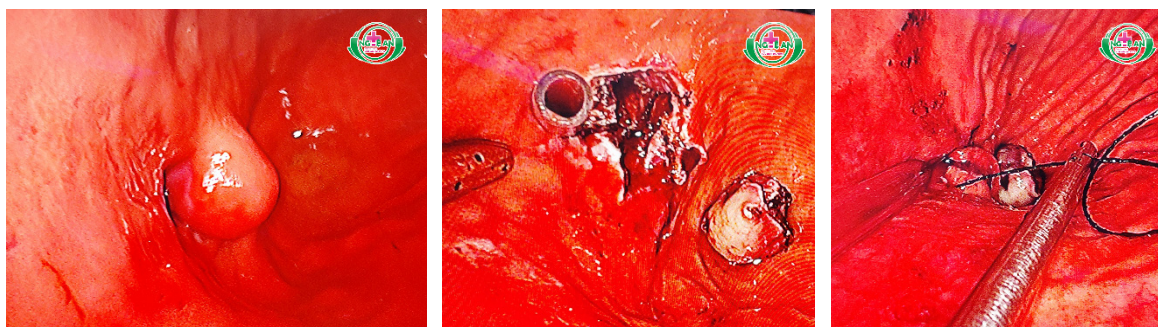


Hình 5: GIST trên chụp cắt lớp vi tính

Chẩn đoán trước mổ: U dưới niêm mạc vùng tâm vị. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày bóc u dưới niêm mạc vùng tâm vị. Phẫu thuật: Quá trình phẫu thuật (tương tự ca thứ nhất) đưa camera vào lòng dạ dày về phía vùng tâm vị thấy có khối u dưới niêm mạc nằm ngay sát lỗ

tâm vị, KT 2,5 x 3cm, niêm mạc dạ dày hồng nhẵn, không thấy loét. Tiến hành phẫu tích bóc tách u bằng dao siêu âm, khâu kín niêm mạc diện bóc tách bằng chỉ V-Lock 2.0, luồn thông dạ dày qua lỗ tâm vị thấy lưu thông bình thường (hình 6). Thời gian phẫu thuật 95 phút, không có tai biến trong mổ.

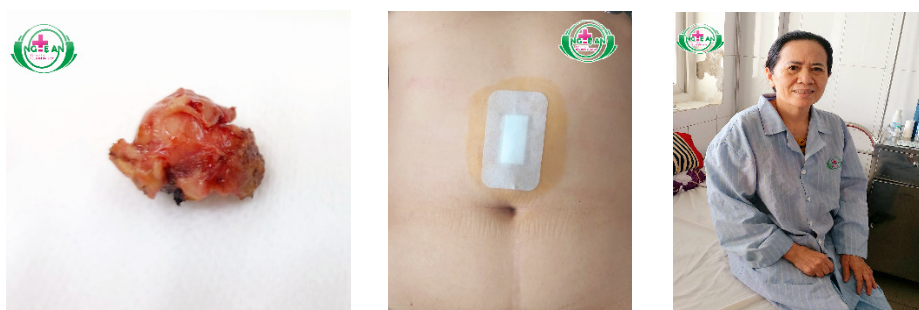
Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt u mô đệm...



Hình 6: GIST vùng tâm vị trong mô, diện bóc u, khâu kín mạc diện bóc u

Giải phẫu bệnh sau mổ: GIST, nhuộm hóa mô miễn dịch dương tính với DOG1, CD117, CD34, âm tính với Desmin, S100. Sau mổ diễn tiến ổn định, bệnh nhân ngồi dậy và vận động sau 24h và

cho ăn lỏng vào sau mổ 48h. Sau 7 ngày ổn định, ăn uống, đại trung tiện thường, cho ra viện (hình 7). Khám lại sau 1 tháng bệnh ổn định, ăn uống bình thường.



Hình 7: Bệnh phẩm GIST, vết mổ và bệnh nhân khi ra viện

III. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân đều vào viện với bệnh cảnh của viêm dạ dày trào ngược điều trị nội khoa không khỏi, qua nội soi mới xác định được u dưới niêm mạc vùng tâm vị. Cả 2 trường hợp đều không sinh thiết qua nội soi do niêm mạc mặt trên u trơn nhẵn không có loét, do đó không xác định bản chất u trước mổ là GIST hay leiomyoma hay schwannoma... Chúng tôi chỉ định mổ bóc u dưới niêm mạc dựa vào kích thước khối u ($\geq 2\text{cm}$) cũng như thời gian mắc bệnh theo triệu chứng lâm sàng và điều trị trước đó. Không phải u dưới niêm mạc lúc nào cũng ác tính ngay cả GIST, nhất là với những GIST $< 2\text{cm}$ thường là lành tính. Theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư quốc gia Mỹ (NCCN) GIST $< 2\text{cm}$ có thể chỉ cần được theo dõi định kỳ [7]. Tuy nhiên, phân biệt rạch ròi giữa GIST lành tính và GIST ác tính là rất khó khăn, ngay cả khi các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học chỉ ra là không có tế bào ác tính. Do đó, theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư

Châu Âu (ESMO) và Hiệp hội GIST Nhật Bản thì nên chỉ định phẫu thuật cắt bỏ GIST ngay cả khi kích thước $< 2\text{cm}$ [8]. Với hai trường hợp của chúng tôi chẩn đoán sau mổ đều là GIST và chỉ định của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo của ESMO và Hiệp hội GIST Nhật Bản.

Vấn đề lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho GIST vùng tâm vị là một thách thức với phẫu thuật viên, với khối u kích thước càng nhỏ, nguy cơ càng thấp thì thách thức càng lớn với phẫu thuật viên, phải lựa chọn các phương pháp can thiệp nhỏ, xâm lấn tối thiểu và tránh hẹp lỗ tâm vị hay lựa chọn hướng điều trị nội khoa theo dõi tiếp thay vì phẫu thuật lớn cắt bán phần trên dạ dày kết hợp tạo van chống trào ngược. Mặt khác, với các khối u dưới niêm mạc vùng tâm vị chưa xác định được bản chất và mức độ nguy cơ thì chưa có hướng điều trị theo dõi được nên phẫu thuật cắt bỏ khối u vẫn là lựa chọn hàng đầu của các phẫu thuật viên. Cả hai trường hợp của chúng tôi cũng được ưu tiên lựa

Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày cắt u mô đệm...

chọn phẫu thuật cắt bỏ khối u và chúng tôi đã ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày bóc u dưới niêm mạc thành công, thời gian phẫu thuật bệnh nhân thứ nhất 125 phút, bệnh nhân thứ 2 chúng tôi có kinh nghiệm hơn nên thời gian phẫu thuật rút ngắn hơn (95 phút), không có tai biến nào trong mổ. Sau mổ bệnh nhân diễn tiến ổn định, cả hai được cho ăn lỏng vào ngày thứ 2 sau mổ, không có trường hợp nào có biến chứng sau mổ và ra viện vào ngày thứ 7. Kết quả 2 trường hợp trong báo cáo của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Nghiên cứu của Siow và cộng sự trên 7 bệnh nhân được PTNS xuyên thành dạ dày cắt u dưới niêm mạc vùng tâm vị từ 2010 đến 2015 có kết quả tuổi trung bình $64,1 \pm 14,6$ tuổi, BMI trung bình $23,5 \pm 4,0$ kg/m², kích thước u trung bình $5,5 \pm 1,1$ cm, thời gian phẫu thuật trung bình $164,0 \pm 59,1$ phút, thời gian cho ăn sau mổ trung bình $2,9 \pm 0,7$ ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $3,6 \pm 1,3$ ngày, không có trường hợp nào có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ [3]. Nghiên cứu của tác giả Xiaowu Xu và cộng sự trên 12 bệnh nhân được PTNS xuyên thành dạ dày cắt u dưới niêm mạc vùng tâm vị từ 2010 đến 2012 có kết quả tuổi trung bình $54,8 \pm 11,3$ (49 - 79) tuổi, kích thước u trung bình $1,6 \pm 0,8$ (0,7 - 3) cm; thời gian phẫu thuật trung bình 125 ± 25 (85 - 160) phút, lượng máu mất trung bình 53 ± 32 (10 - 120) ml, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $5,1 \pm 1,2$ (3 - 7) ngày, không có trường hợp nào có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ [9]. Với kết quả bước đầu từ 2 trường hợp này chúng tôi thấy PTNS xuyên thành dạ dày là phương pháp lựa chọn phù hợp trong điều trị điều trị u dưới niêm mạc vùng tâm vị nói chung và GIST vùng tâm vị nói riêng, là phương pháp xâm lấn tối thiểu, can thiệp nhỏ phù hợp với các tổn thương u có kích thước < 5cm vùng tâm vị và kiểm soát được lỗ tâm vị tránh hẹp trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt tránh được cho bệnh nhân cuộc phẫu thuật lớn, nhiều biến chứng và di chứng trào ngược về sau trong cắt bán phần trên dạ dày. Hiện nay, cách tiếp cận thành công của PTNS xuyên thành dạ dày qua Single port để điều trị các bệnh lý trong lòng dạ dày trở nên dễ dàng hơn và triệt để hơn, bởi kỹ thuật này có nhiều ưu điểm trong

và sau phẫu thuật như hình ảnh được phóng đại to, rõ ràng; thao tác thuận lợi và những ưu điểm sau mổ là vết mổ nhỏ, ít đau, hồi phục sức khỏe sớm và có tính thẩm mỹ cao. Tuy nhiên, đây chỉ mới là 2 trường hợp được ghi nhận đầu tiên nên chúng tôi cần phải được nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi sau mổ dài hơn để có được kết quả đánh giá tốt về kỹ thuật.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi xuyên thành dạ dày có thể là một lựa chọn tốt trong phẫu thuật GIST vùng tâm vị dạ dày, nhất là với GIST có kích thước nhỏ. Kỹ thuật có ưu điểm là vết mổ nhỏ, hồi phục sức khỏe sau mổ sớm và có tính thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mazur MT, Clark HB. Gastric stromal tumors: reappraisal of histogenesis. *Am J Surg Pathol.* 1983;7: 507 - 519.
2. Perez EA et al. Current incidence and outcomes of gastrointestinal mesenchymal tumors including gastrointestinal stromal tumors. *J Am Coll Surg.* 2006; 202:623 - 629.
3. Siow SL. Laparoscopic transgastric resection for intraluminal gastric gastrointestinal stromal tumors located at the posterior wall and near the gastroesophageal junction". *Asian Journal of Surgery.* 2017;40: 407 - 414.
4. Fletcher CD, Berman JJ, Corless C et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: a consensus approach. *Hum Pathol.* 2002;33: 459 - 465.
5. Ohashi S. Laparoscopic intraluminal (intragastic) surgery for early gastric cancer: A new concept in laparoscopic surgery. *Surg Endosc.* 1995; 9: 169 - 171.
6. Geis WP, Baxt R, Kim HC. Benign gastric tumors. Minimally invasive approach". *Surg Endosc.* 1996;10: 407 - 410.
7. Demetri GD et al. NCCN task force report: management of patients with gastrointestinal stromal tumor (GIST)-update of the NCCN clinical practice guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 5 (Suppl. 2). 2007: S1 - S29.
8. Honda M et al. Long-term and surgical outcomes of laparoscopic surgery for gastric gastrointestinal stromal tumors. *Surg Endosc.* 2014;28: 2317 - 2322.
9. Xiaowu Xu et al. Laparoscopic Transgastric Resection of Gastric Submucosal Tumors Located Near the Esophagogastric Junction. *J Gastrointest Surg.* 2013;17: 1570-1575.