U mô đệm đường tiêu hóa tá tràng: báo cáo ca lâm sàng

Lê Thanh Dũng[1], Trần Quang Lộc[2], Thân Văn Sỹ[1], Nguyễn Sỹ Lánh[1], Lương Văn Nhật[3], Ninh Việt Khải[1], Nguyễn Quang Nghĩa[1]

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Đại học Y Hà Nội, 3. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Địa chỉ liên hệ:
Lê Thanh Dũng
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0936 223 553
Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/03/2022
Ngày chấp nhận đăng: 15/05/2022
Ngày xuất bản: 15/06/2022

Tóm tắt

U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal Stromal Tumor – GIST) hầu hết nằm ở dạ dày, ruột non, đại trực tràng, hiếm gặp ở tá tràng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp GIST tá tràng hiếm gặp ở người bệnh nữ 48 tuổi được chẩn đoán qua cắt lớp vi tính (CLVT) và nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng, đã được phẫu thuật và khẳng định bằng kết quả giải phẫu bệnh.

Từ khóa: U mô đệm đường tiêu hóa, GIST, u tá tràng.

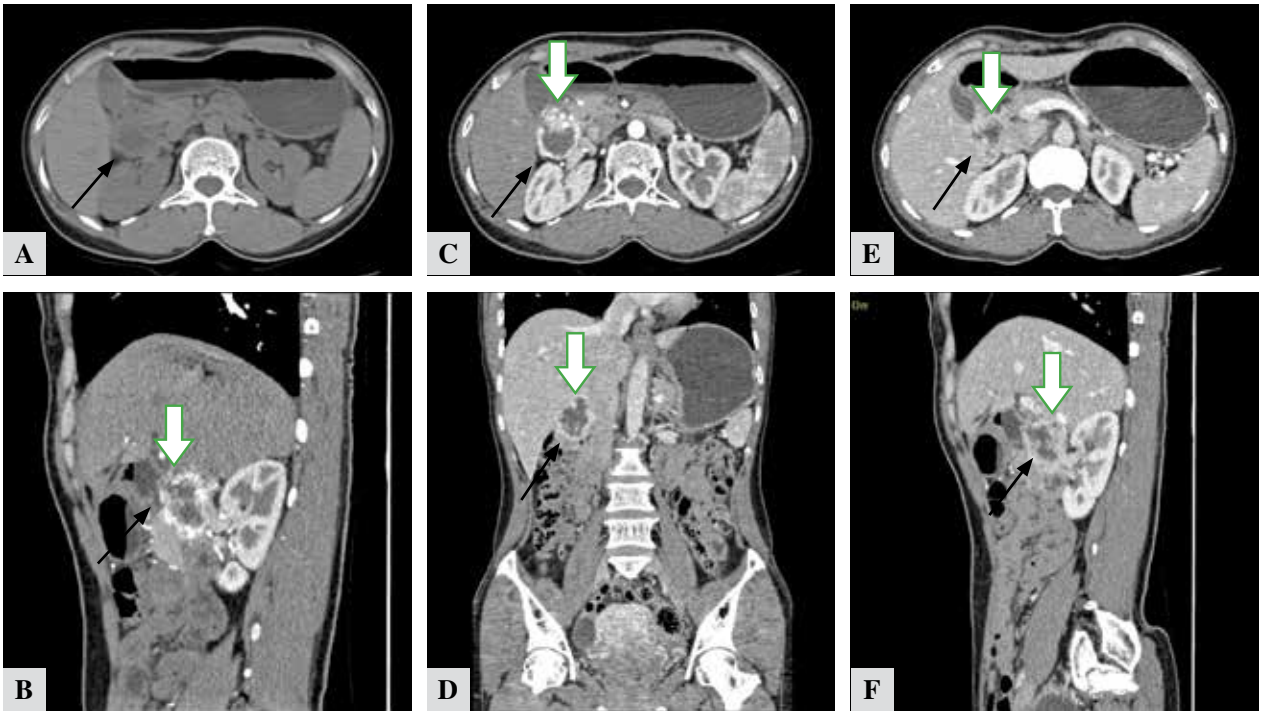
Đặt vấn đề

GIST là các khối u trung mô phổ biến của ống tiêu hoá. Hầu hết GIST nằm ở dạ dày (60%), tiếp theo là ruột non (35%), trực tràng, thực quản, mạc treo và mạc treo. Đáng chú ý, chỉ 1 - 5% GIST xảy ra ở tá tràng.[1] Các triệu chứng lâm sàng của GIST không đặc hiệu với một số biểu hiện như: chảy máu đường tiêu hóa trên (42%), đau bụng (20%) và hội chứng tắc ruột (10%). Tuy nhiên, GIST có thể không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ trong khoảng 20%.[2] Trên hình ảnh CLVT, GIST nhỏ ngấm thuốc mức vừa phải và đồng nhất, ít gặp vôi hóa trong u. Ngược lại, các khối u lớn có xu hướng hoại tử trung tâm và ngấm thuốc không đồng nhất. [3] Phương pháp điều trị triệt căn GIST là phẫu thuật.

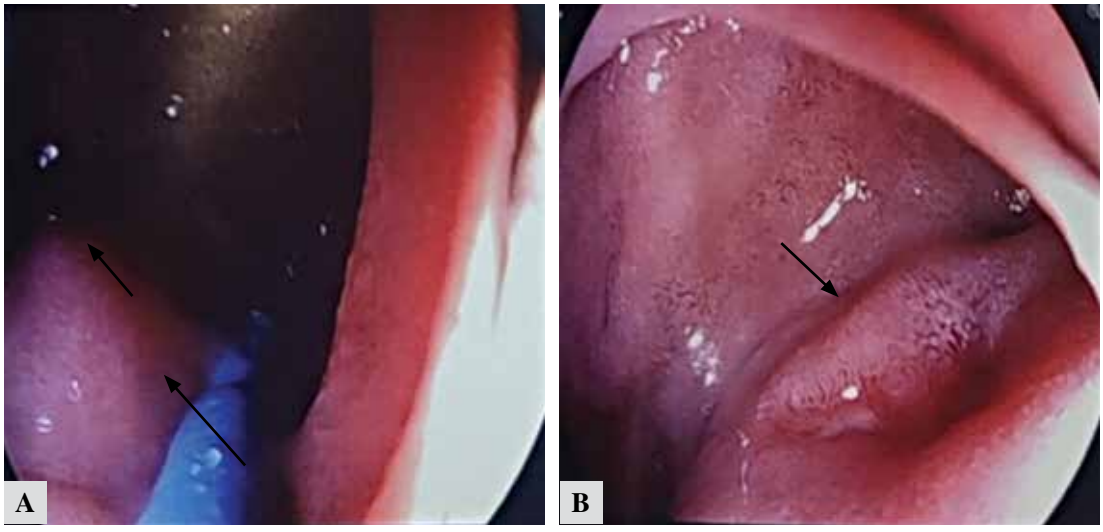
Ca lâm sàng

Người bệnh nữ 48 tuổi vào viện ngày 26/07/2021 (mã hồ sơ 33263) vì đau lưng, không đau bụng, không có triệu chứng đường tiêu hóa, không có tiền sử bệnh lý trước đó. Khám lâm sàng: bụng mềm, không sờ thấy khối ở bụng. Người bệnh được chụp CLVT có tiêm thuốc đối quang: Khối u nằm trong thành sau đoạn xuống của tá tràng có kích thước khoảng 35x36mm, có phần đẩy lồi vào lòng tá tràng, đồng tỷ trọng trước tiêm, sau tiêm ngấm thuốc mạnh ở ngoại vi, trung tâm có phần giảm tỷ trọng và không ngấm thuốc dạng hoại tử (Hình 1A). Khối u được cấp máu từ động mạch vị tá tràng, có ranh giới không rõ với đầu tụy và tĩnh mạch chủ dưới (Hình 1B-F).

Người bệnh được tiến hành nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng phát hiện ở vị trí ngay gối trên tá tràng có 01 khối lồi vào trong lòng tá tràng kích thước khoảng 12mm, ở giữa lõm xuống và có loét, được sinh thiết vào vị trí này. (Hình 2A-B)

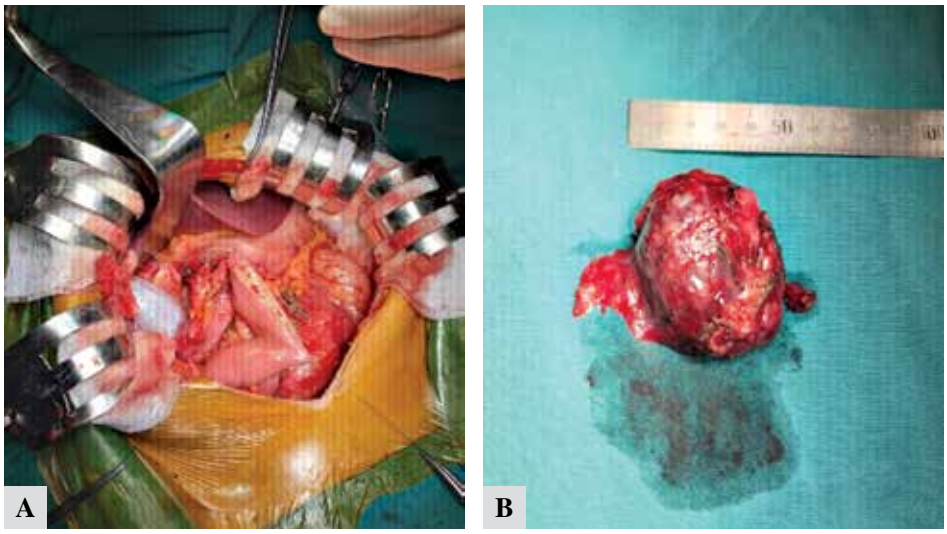


Hình 1. Hình ảnh cắt lớp vi tính không tiêm (A), thì động mạch (B), (C) và thì tĩnh mạch (D), (E), (F): Khối u ở thành sau tá tràng ngấm thuốc mạnh, không đồng nhất ở ngoại vi (mũi tên đen), phần trung tâm ngấm thuốc kém dạng hoại tử (mũi tên trắng), ranh giới không rõ với tĩnh mạch chủ dưới và đầu tụy.



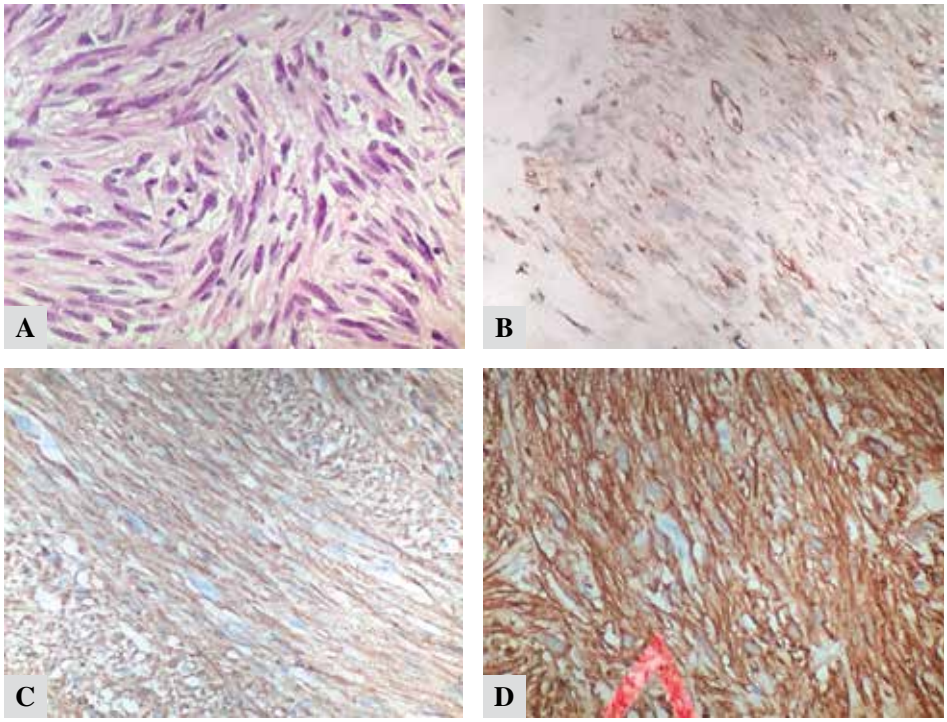
Hình 2A, 2B. Hình ảnh nội soi tá tràng: Khối lồi vào trong lòng tá tràng, ở giữa lõm xuống và có vết loét nhỏ (mũi tên đen).

Người bệnh được tiến hành phẫu thuật cắt đoạn tá tràng hình chêm, lấy ra đoạn tá tràng dài 6cm, niêm mạc còn nguyên vẹn kèm khối u có kích thước 4x5cm, bề mặt sần sùi, tăng sinh mạch nhiều, khối u di động, chưa xâm lấn vào các cơ quan lân cận.



Hình 3A, 3B. Hình ảnh khối u sùi tăng sinh mạch nhiều và chưa xâm lấn cơ quan lân cận trước (A) và bệnh phẩm sau phẫu thuật (B)

Kết quả giải phẫu bệnh: hình ảnh đại thể là khối u dưới niêm mạc kích thước 5x4cm. Trên hình ảnh vi thể: mô u được cấu tạo bởi những tế bào hình thoi nhân lớn nhỏ không đều, tăng sắc, bào tương thuôn dài ưa toan. Tế bào u sắp xếp thành dải, chia thành nhiều hướng. Trên hình ảnh nhuộm hóa mô miễn dịch, có CD117 (+), DOG1 (+), CD34 (+), S100 (-), SMA (-), phù hợp với GIST độ thấp (≤ 5 nhân chia /50 vi trường độ cao).



Hình 4. Hình ảnh mô học của khối u trên giải phẫu bệnh.
(A). H.E x 400, các tế bào u hình thoi,nhân lớn, giàu chất nhiễm sắc, tập trung thành dải và bó xen kẽ nhau.(B). CD34 x 400, tế bào u dương tính nhẹ bào tương với kháng thể CD34. (C). DOG1 x 400, các tế bào u dương tính màng và nhân tế bào với DOG1.
(D). CD117 x 400, các tế bào u dương tính màng và nhân tế bào với CD117.

Sau phẫu thuật, người bệnh hồi phục tốt, ra viện sau mổ 9 ngày. Người bệnh tái khám sau 1 tháng, kiểm tra không thấy các biến chứng sau mổ, không thấy dấu hiệu của u tái phát tại chỗ hoặc di căn.

Bàn luận

GIST có thể gặp ở mọi vị trí trên đường tiêu hóa, ngoài ra có thể ở mạc treo và phúc mạc. Mặc dù GIST của tá tràng phát triển từ lớp dưới niêm mạc hoặc lớp đệm ra bên ngoài, nhưng hầu hết có đi kèm loét đại thể với một khối đẩy lồi từ lớp dưới niêm mạc khi kiểm tra qua nội soi với khối u có kích thước lớn. Tuy nhiên, với khối u nhỏ, thường không làm biến đổi lớp niêm mạc và không đẩy lồi vào lòng tá tràng, do đó có thể không phát hiện được bằng nội soi. Khắc phục nhược điểm này, với độ phân giải không gian cao, siêu âm nội soi là phương pháp hữu ích trong việc đánh giá ban đầu các tổn thương dưới biểu mô đường tiêu hóa, cho phép đánh giá tốt nguồn gốc vị trí của tổn thương và các cơ quan lân cận. Trong đó đặc điểm của GIST là khối giảm âm nằm trong lớp cơ và khi có 2 trên 3 đặc điểm: bờ không đều, thoái hóa dạng nang nang và hạch bạch huyết có tính chất ác tính đã được chứng minh có giá trị dự đoán dương tính 100% cho GIST ác tính. Ngoài ra, siêu âm nội soi còn là phương pháp hữu ích trong hướng dẫn chọc sinh thiết tổn thương.[4] Tuy nhiên, siêu âm nội soi phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sỹ và mang tính chủ quan. Hiện nay, CLVT và cộng hưởng từ (CHT) là 2 phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để đánh giá khối u nguyên phát cũng như phát hiện di căn, đặc biệt hữu ích đối với khối u mà nội soi không thể phát hiện được. Các khối u thường ở một bên thành ống tiêu hóa, trong đó, các khối u nhỏ thường có tỷ trọng mô mềm, ranh giới rõ, bờ nhẵn, ngấm thuốc mức vừa phải và đồng nhất. Ngược lại, các khối u lớn có xu hướng hoại tử trung tâm và ngấm thuốc không đồng nhất. GIST thường không di căn hạch trong ổ bụng. Khi xuất hiện hạch lớn trong ổ bụng cần phân biệt với adenocarcinoma và lymphoma.[5] Trường hợp người bệnh của chúng tôi có đầy đủ các dấu hiệu trên CLVT cho phép hướng đến GIST.

Sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u hoàn toàn, có đến 40% trường hợp tái phát và cần điều trị hóa bổ trợ.[6] Vì vậy, việc đánh giá các yếu tố tiên lượng cho GIST là rất cần thiết cho điều trị hóa bổ trợ cho người bệnh. Trong các bảng phân loại nhằm đánh giá tiên lượng, phân loại của Viện Y tế Quốc gia của Mỹ (NIH) sửa đổi năm 2008 (bảng 1) được áp dụng rộng rãi nhất trên lâm sàng.[7]

Bảng 1. Phân tầng nguy cơ của GIST nguyên phát theo phân loại NIH[7]

Nguy cơ	Kích thước u (cm)	Chỉ số phân bào (/ 50 HPFs)	Vị trí u nguyên phát
Rất thấp	<2.0	≤5	Bất kỳ
Thấp	2.1-5.0	≤5	Bất kỳ
Trung bình	2.1-5.0	>5	Dạ dày
	<5.0	6-10	Bất kỳ
	5.1-10.0	≤5	Dạ dày
Cao	Bất kỳ	Bất kỳ	Khối u vỡ
	>10	Bất kỳ	Bất kỳ
	>5.0	>5	Bất kỳ
	2.1-5.0	>5	Ngoài dạ dày
	5.1-10.0	≤5	Ngoài dạ dày

Tất cả các hướng dẫn đều khuyến nghị điều trị hóa bổ trợ với Imatinib (Glimatib, Glivec) trong 3 năm đối với người bệnh nguy cơ cao hoặc có khối u vỡ, điều này không chỉ giúp giảm thiểu tỷ lệ tái phát mà còn cải thiện tỷ lệ sống. Đối với người bệnh nguy cơ thấp hoặc trung bình có thể theo dõi hằng năm trong 5 năm sau phẫu thuật là đủ.[8] Trường hợp người bệnh của chúng tôi, giải phẫu bệnh cho thấy GIST độ thấp, nằm ở tá tràng với kích thước 5cm, nên được xếp vào nhóm nguy cơ thấp, do đó, không cần điều trị hóa bổ trợ với Imatinib (Glimatib, Glivec) mà chỉ cần theo dõi trên chẩn đoán hình ảnh hằng năm trong vòng 5 năm sau phẫu thuật.

Kết luận

Tá tràng là vị trí hiếm gặp của GIST. Các đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh có tính chất gợi ý nhưng không đặc hiệu cho u, chẩn đoán xác định dựa vào mô bệnh học. Phương pháp điều trị và theo dõi phụ thuộc vào vị trí và phân tầng nguy cơ của khối u. Vì cấu trúc giải phẫu phức tạp vị trí khối tá tụy, điều trị phẫu thuật cắt bỏ khối u phụ thuộc vào mức độ xâm lấn vào nhú tá tràng và các cấu trúc lân cận.

Tài liệu tham khảo

1. Ito T, Kushida T, Sakurada M, Tanaka K, Sato K, Maekawa H. Complete wedge resection for duodenal gastrointestinal stromal tumour: A case series of three patients. *Int J Surg Case Rep*. 2021;90:106674.
2. Liu Q, Kong F, Zhou J, Dong M, Dong Q. Management of hemorrhage in gastrointestinal stromal tumors: a review. *Cancer Manag Res*. 2018;10:735-743.
3. Werewka-Maczuga A, Osiński T, Chrzan R, Buczek M, Urbanik A. Characteristics of computed tomography imaging of gastrointestinal stromal tumor (GIST) and related diagnostic problems. *Pol J Radiol*. 2011;76(3):38-48.
4. Dias de Castro F, Magalhães J, Monteiro S, Leite S, Cotter J. The Role of Endoscopic Ultrasound in the Diagnostic Assessment of Subepithelial Lesions of the Upper Gastrointestinal Tract. *GE - Port J Gastroenterol*. 2016;23(6):287-292.
5. Lau S, Tam KF, Kam CK, et al. Imaging of gastrointestinal stromal tumour (GIST). *Clin Radiol*. 2004;59(6):487-498.
6. Joensuu H, Vehtari A, Riihimäki J, et al. Risk of recurrence of gastrointestinal stromal tumour after surgery: an analysis of pooled population-based cohorts. *Lancet Oncol*. 2012;13(3):265-274.
7. Joensuu H, Rutkowski P, Nishida T, et al. KIT and PDGFRA Mutations and the Risk of GI Stromal Tumor Recurrence. *J Clin Oncol*. 2015;33(6):634-642.
8. Joensuu H, Martin-Broto J, Nishida T, Reichardt P, Schöffski P, Maki RG. Follow-up strategies for patients with gastrointestinal stromal tumour treated with or without adjuvant imatinib after surgery. *Eur J Cancer*. 2015;51(12):1611-1617.