

U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA Ở THỰC QUẢN: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

*TS.BS Võ Đắc Truyền**

*BS Bùi Tích Giang***

TÓM TẮT

U mô đệm đường tiêu hóa của thực quản là một u mô đệm dạ dày ruột thuộc u trung mô đường tiêu hóa. Trước đây, những u mô đệm đường tiêu hóa thường được chẩn đoán là u cơ trơn hay u thần kinh. Cho đến nay, giả thuyết được nhiều tác giả chấp nhận nhất là u mô đệm đường tiêu hóa xuất phát từ tế bào Cajal ở thành ống tiêu hóa. Loại u này chiếm 0,2% u đường tiêu hóa và 80% u trung mô đường tiêu hóa và u mô đệm đường tiêu hóa của thực quản chiếm khoảng 5% u mô đệm đường tiêu hóa. Loại u này dương tính với CD117 khi làm hóa mô miễn dịch.

Tác giả trình bày một trường hợp u mô đệm đường tiêu hóa của thực quản đoạn bụng ở bệnh nhân nữ 49 tuổi có biểu hiện lâm sàng là nuốt nghẹn và sút cân. Phương pháp điều trị là phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u vòng quanh thực quản đoạn bụng, kích thước 4cm x 5cm x 6cm. Hậu phẫu bình thường. Bệnh nhân xuất viện sau mổ 10 ngày.

GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF THE ESOPHAGUS: A CASE REPORT

SUMMARY

GIST of the esophagus is a gastrointestinal stromal tumor of gastrointestinal mesenchymal tumors. Formerly diagnosed as smooth muscle tumor or neuroma. Derived from cells of Cajal in the gastrointestinal tract. This type of tumor accounts for 0.2% of gastrointestinal tumors and 80% of mesenchymal tumors of gastrointestinal and esophageal GIST accounts for about 5% of the digestive tract. These tumors were positive for CD117 immunohistochemistry.

The author presents a case of esophageal GIST abdominal segment in female patients 49 years of age with clinical manifestations are weight loss. The treatment is surgical removal of the tumor around the abdominal esophagus, 4cmx5cmx6cm size. Postoperative normal. Patients discharged from hospital 10 days after surgery

* *Khoa Ngoại Tổng Hợp bệnh viện C Đà Nẵng*

ĐẶT VẤN ĐỀ

GIST (Gastrointestinal stromal tumor): U mô đệm đường tiêu hóa được Mazur và Clark sử dụng năm 1983 để phân biệt với u cơ và u thần kinh đường tiêu hóa. Sau đó năm 1998, Hirota và Kinblom phát hiện một nhóm u trung mô dạ dày ruột có bộc lộ c-kit (CD117).

Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy rằng tỷ lệ GIST phân bố ở dạ dày (50 – 60%) , ruột non (30 – 35%), đại tràng và hậu môn (5%) và thực quản (1%). Ngoài đường tiêu hóa có thể tìm thấy ở mạc treo ruột và phúc mạc (<5%).

Ngày nay, hầu hết các tác giả đều chấp nhận GIST xuất phát từ tế bào kẽ Cajal, cần chẩn đoán phân biệt với các u trung mô khác của đường tiêu hóa vì sau phẫu thuật có thể sử dụng liệu pháp nhắm trúng đích (chúng không đáp ứng với hóa xạ trị thông thường).

Trong bài báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp GIST thực quản được chẩn đoán và điều trị tại khoa Ngoại Tổng Hợp bệnh viện C Đà Nẵng. Đây là trường hợp hiếm gặp và u lớn.

GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân Nguyễn Thị Ánh T, Nữ 49 tuổi.

Địa chỉ: Phường Khuê Trung, quận Cẩm Lệ, Đà Nẵng.

Số vào viện: 5234, Ngày vào viện: 06-06-2012 Ngày ra viện: 03-07-2012

Lý do vào viện: sút cân

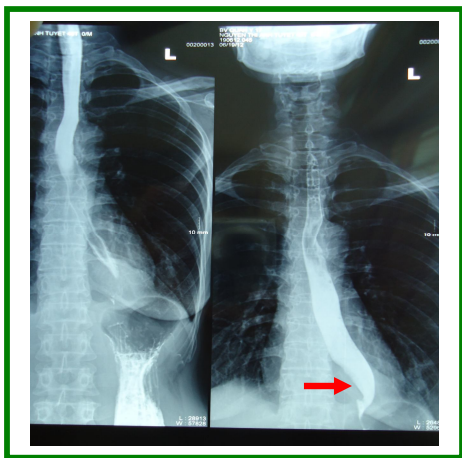
Bệnh sử: Bệnh nhân cảm giác ăn uống không ngon và sút 2kg/1 tháng. Nên xin nhập viện để khám.

Khám: Bệnh nhân thể trạng trung bình, nuốt nghẹn, bụng mềm không đau, hạch ngoại biên không sờ thấy.

Nội soi dạ dày: Thực quản lòng không hẹp, niêm mạc bình thường, tâm vị không u, không loét. Dạ dày: phình vị không dẫn tĩnh mạch, thân vị niêm mạc viêm xung huyết không u loét, góc bờ cong nhỏ không loét, niêm mạc viêm xung huyết, không u loét, môn vị không hẹp, hành tá tràng niêm mạc trơn láng không loét.

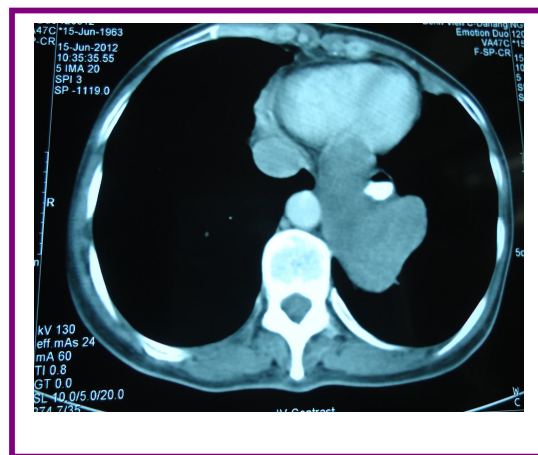
Chụp thực quản có cản quang: Thực quản trơn láng, đoạn bụng nhìn thấy hình ảnh bị ép từ bên ngoài.

Phim CT-scan lồng ngực: Nhìn thấy u lớn, kích thước 7,76cm x 5,52cm, tỉ trọng mô mềm, đồng nhất, tăng quang sau khi tiêm thuốc cản quang, u hình móng ngựa, ôm quanh thực quản đoạn bụng.



Phim thực quản có cản quang

Nhìn thấy thực quản đoạn bụng bị khối u chèn ép (Hình 1, mũi tên đỏ).



Phim CT-scan có cản quang

Nhìn thấy u hình móng ngựa, ôm quanh thực quản đoạn bụng, u có tỉ trọng mô mềm (40 HU), đồng nhất

Cận lâm sàng: Các xét nghiệm cơ bản huyết học, sinh hóa, điện tim, siêu âm bụng, đo chức năng hô hấp, nội soi phế quản trong giới hạn bình thường

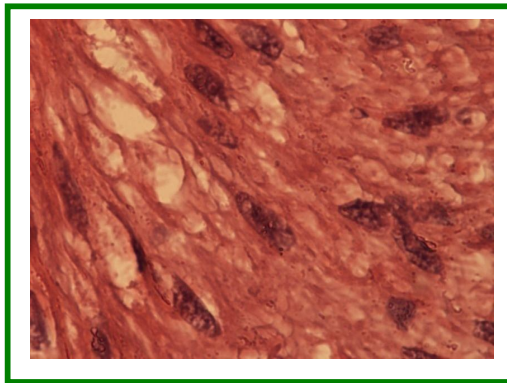
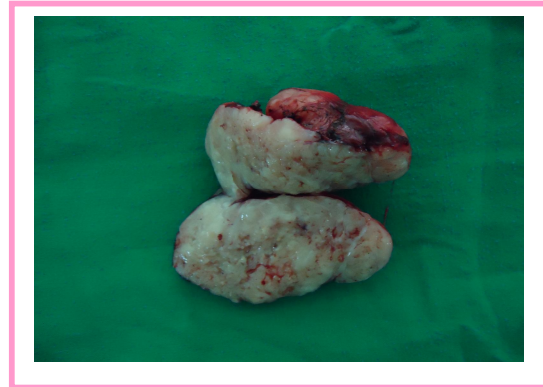
Chẩn đoán trước mổ: U thực quản đoạn bụng

Bệnh nhân được mổ 23-06-2012

Tường trình phẫu thuật:

Mở bụng đường giữa trên dưới rốn , ổ bụng sạch, phúc mạc nhẵn, mặt gan trơn láng, bộc lộ đoạn thực quản bụng nhìn thấy u nằm bao quanh thực quản, một phần u nằm trên cơ hoành và một phần nằm dưới cơ hoành. Tiến hành phẫu tích mở lỗ hoành bóc trọn u. Đuổi khí khoang màng phổi trái, khâu phục hồi lỗ hoành, kiểm tra cầm máu, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Dại thể khối u:



Hình 3: U cứng chắc, hình móng ngựa

Hình 4: Mặt trong u cứng, màu trắng ngà

Hình 5: Hình ảnh vi thể của u

KẾT QUẢ GPB: Thấy nhiều tế bào xơ, tế bào liên kết co cụm thành đám nhỏ, có chỗ thoái hóa, ít limpho bào lan tỏa, ít dịch phù kết tinh và mô hoại tử.

Hóa mô miễn dịch: Dương tính với CD117

CHẨN ĐOÁN: U mô đệm đường tiêu hóa của thực quản

BÀN LUẬN

U mô đệm đường tiêu hóa là một loại u trung mô đường tiêu hóa (chiếm 0,2% u đường tiêu hóa và 80% u trung mô đường tiêu hóa) được Mazur và Clark sử dụng lần đầu tiên vào năm 1983 để phân biệt với các u thần kinh và u cơ đường tiêu hóa mà trước đó

thường chẩn đoán nhầm vì trên giải phẫu bệnh có tìm thấy những tế bào thần kinh và tế bào cơ trơn. Đến năm 1998, Hirota và Kinblom phát hiện 1 nhóm u trung mô dạ dày ruột dương tính với C-KIT (CD117). Và ngày nay giả thuyết được chấp nhận nhiều nhất là Gist xuất phát từ tế bào kẽ Cajal đường tiêu hóa là một tế bào có tính chất thần kinh nằm dưới lớp niêm mạc đường tiêu hóa và có vai trò điều hòa nhu động ruột.

Tuổi

Bệnh có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng thông thường khi phát hiện thường ở tuổi trên 50 và trung bình từ 60-63 tuổi. Bệnh nhân của chúng tôi 49 tuổi cũng phù hợp với lứa tuổi được ghi nhận.

Vị trí

Gist thường gặp ở dạ dày (50 – 60%) , ruột non (30 – 35%), đại tràng và hậu môn (5%) và thực quản (1%). Ngoài đường tiêu hóa có thể tìm thấy ở mạc treo ruột và phúc mạc (5%). Bệnh nhân của chúng tôi là ở thực quản, tương đối hiếm gặp.

Nguyên nhân

Gist là do đột biến gen KIT hoặc gen PDGFRA. Hai gen cùng thuộc receptor tyrosine kinase khi gene này được hoạt hóa sẽ truyền tín hiệu làm các tế bào phát triển thành u. Và hầu hết có bộc lộ CD117 (c-kit) (>95%) về hóa mô miễn dịch. Phân tích đột biến gen thường có đột biến gen c-kit (75-80%) hoặc PDGFRA (5-10%).

Chẩn đoán

Trước mổ chỉ đánh giá khối u và xác định di căn bằng hình ảnh học. Đối với một số phẫu thuật viên kinh nghiệm có thể chẩn đoán trong mổ là GIST. Nhưng tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán GIST vẫn là hóa mô miễn dịch và phổ biến nhất là dương tính với CD117. Ở bệnh nhân chúng tôi, trong mổ có nghi ngờ là một trường hợp GIST sau đó kết quả giải phẫu bệnh là GIST , chúng tôi vẫn làm hóa mô miễn dịch và kết quả là GIST.

Điều trị

Hiện nay một số giả thuyết đề nghị theo dõi khối u khi chẩn đoán GIST và kích thước nhỏ hơn 2cm. Phương pháp lựa chọn hàng đầu trong điều trị GIST vẫn là phẫu thuật lấy khối u triệt để. Phẫu thuật được chỉ định khi khối u trên 2cm, không có di căn.

GIST đáp ứng với hóa trị dưới 5% và không đáp ứng với xạ trị. Đối với những trường hợp GIST tái phát hoặc di căn, hoặc không thể phẫu thuật triệt để. Bệnh nhân sẽ được điều trị với liệu pháp trúng đích là thuốc Imatinib Mesylate đường miệng có sẵn (Gleevec, Novartis, Basel, Switzerland) .

Thời gian sống sau 5 năm sau phẫu thuật lấy triệt để khối u khoảng 50% - 60%. Ở bệnh nhân của chúng tôi được chỉ định phẫu thuật và bóc trọn khối u triệt để nên không có chỉ định dùng liệu pháp trúng đích. Theo dõi sau hơn một năm thì không thấy dấu hiệu tái phát hoặc di căn.

Kết Luận

GIST: U mô đệm đường tiêu hóa là một bệnh hiếm gặp là u trung mô và xuất phát từ tế bào kẽ cajal của thành ống tiêu hóa và được chẩn đoán xác định nhờ hóa mô miễn dịch. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chọn lựa hàng đầu cho những u còn chỉ định và liệu pháp Imatinib Mesylate cho những trường hợp tái phát và di căn mang lại thời gian sống còn cao so với ung thư đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Corless CL., Fletcher JA. and Heinrich MC. (2004). “Biology of Gastrointestinal Stromal Tumors”. Journal of Clinical Oncology, Vol 22, No 18, pp 3813-3825.
2. Crosby JA., Catton CN. et al (2001). “ Malignant Gastrointestinal Stromal Tumors of the Small Intestine: A Review of 50 Cases From a Prospective Database”. Annals of Surgical Oncology. Vol 8, No 1, pp 50-59.
3. DeMatteo RP., Demetri GD. et al (2002). “Clinical Management of Gastrointestinal Stromal Tumors: Before and After STI-571”. Human Pathology. Vol 33, No 5, pp 466-477.
4. Demetri GD. (2005). “ Cancer of the small intestine”. Principles and Practice of Oncology. 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, pp 768-793.
5. Demetri GD. (2005). “Gastrointestinal Stromal Tumors”. Principles and Practice of Oncology. 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, pp 919-929.

6. Druker BJ. (2003). “Imatinib as a paradigm of targeted therapies”. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 23s, pp 239-245.
 7. Mattinen M, Majidi M, Lasota J (2002). “Pathology and Diagnostic Criteria of Gastrointestinal Stromal Tumors”. *European Journal of Cancer*. Vol 38, Suppl 5, pp39-51.
 8. Mattinen M et al (2002). “Evaluation of Malignancy and Prognosis of Gastrointestinal Stromal Tumors”. *Human Pathology*. Vol 33, No 5, pp 478-483.
 9. Mattinen M, Sobin LH., Lasota J (2005). “Gastrointestinal Stromal Tumors of the Stomach”. *Am J Surg Pathol*. Vol 29, No 1, pp 52-68.
 10. Nguyễn Phi Hùng, Nguyễn Văn Mão, Nguyễn Phúc Cường và cs (2006). “Phân tích mô bệnh học và giá trị hoá mô miễn dịch để chẩn đoán GISTs trong sarcom ống tiêu hóa”. *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, Chuyên đề Ung bướu học*. Tập 10, Phụ bản số 4. Nhà Xuất Bản Y Học. Tr 99-103.
 11. Nguyễn Văn Thành (2006). “ Một số đặc điểm của Bướu mô đệm đường tiêu hóa”. *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, Chuyên đề Ung bướu học*. Tập 10, Phụ bản số 4. Nhà Xuất Bản Y Học. Tr 69-71.
 12. New developments in management of gastrointestinal stromal tumors: regorafenib, the new player in the team This article was published in the following Dove press journal: *Gastrointestinal cancer: Targets and Therapy* 11 December 2013.
-