

Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u mô đệm đường tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Bá Thái, Nguyễn Đình Hiếu

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Địa chỉ liên hệ:

Đinh Văn Chiến,
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa
Nghệ An
Km5, Đại lộ Lê nin, phường Vinh
Phú, tỉnh Nghệ An
Điện thoại: 0963 311 668
Email: chienbvna@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/9/2025

Ngày chấp nhận đăng:
14/10/2025

Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: U mô đệm đường tiêu hoá (Gastrointestinal Stromal Tumor - GIST) là u trung mô phổ biến và được điều trị đa mô thức trong đó cắt bỏ khối u là phương pháp được ưu tiên lựa chọn nhất. Nghiên cứu nhằm đánh giá tính an toàn, hiệu quả của phẫu thuật nội soi (PTNS) trong điều trị GIST.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, gồm 40 người bệnh (NB) chẩn đoán GIST, được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa (HNĐK) Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 7/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình là $60,75 \pm 14,65$ tuổi, Nam (52,5%) nhiều hơn Nữ (47,5%). 65% vị trí u ở dạ dày. Kích thước trung bình $3,96 \pm 3,34$ cm. Dấu ấn hoá mô miễn dịch (HMMD): 90% DOG-1 (+), 100% CD-117 (+), 100% CD-34 (+), 5% Desmin (+), 5% S100 (+), 22,5% có độ phân chia u cao. 65% GIST ở giai đoạn I và độ phân chia thấp. 62,5% được thực hiện bằng PTNS hoàn toàn và 12,5% PTNS xuyên thành, 52,5% được cắt u hình chêm và bóc u. 10% phục hồi tiêu hóa theo Double-tract và Double-flap để chống trào ngược. 35% cắt đoạn ruột non và nối lại lưu thông tiêu hóa tận tận, trong đó có 5% 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 $105,9 \pm 40,8$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $7,25 \pm 1,96$ ngày. Không có tai biến, biến chứng và tử vong trong và sau mổ. Thời gian tái phát trung bình sau mổ $48,45 \pm 1,70$ tháng.

Kết luận: PTNS điều trị GIST là phương pháp an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, đảm bảo tính thẩm mỹ và triệt căn cho GIST giai đoạn sớm.

Từ khóa: GIST, điều trị GIST, phẫu thuật nội soi.

Results of laparoscopic surgery for gastrointestinal stromal tumors at Nghe An Friendship General Hospital

Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Bá Thái, Nguyễn Đình Hiếu

Nghe An Friendship General Hospital

Abstract

Introduction: Gastrointestinal stromal tumor (GIST) is a common mesenchymal tumor and the treatment of GIST is multimodal in which surgical resection is the most preferred method. The study aimed to evaluate the safety and effectiveness of laparoscopic to treat GIST.

Patients and Methods: Prospective descriptive study, including 40 patients diagnosed with GIST and treated by laparoscopic at Nghe An Friendship General Hospital from January 2021 to July 2025.

Results: The average age was 60.75 ± 14.65 years old, with more men (52.5%) than women (47.5%). 65% of tumors were located in the stomach. The average size was 3.96 ± 3.34 cm. Immunohistochemical markers: 90% DOG-1 (+), 100% CD-117 (+), 100% CD-34 (+), 5% Desmin (+), 5% S100 (+), 22.5% had high mitotic index. 65% of GISTs are stage I and low mitotic index. 62.5% were performed by totally laparoscopic and 12.5% laparoscopic transgastric, 52.5% had wedge resection and enucleation. 10% had double-tract and double-flap anastomosis to prevent reflux. 35% had small bowel resection and complete gastrointestinal anastomosis, of which 5% had to have the greater omentum completely resected and peritoneal debridement due to metastasis. The average postoperative recovery time 48.45 ± 1.70 months.

Conclusions: Laparoscopic surgery for GIST is a safe and effective method, with low rates of complications and adverse events, ensuring radical treatment for early stage GIST.

Keywords: GIST, treatment of GIST, laparoscopic surgery.

Đặt vấn đề

U mô đệm đường tiêu hoá (Gastrointestinal Stromal Tumor - 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]. Tỷ lệ GIST chiếm 1 - 3% tổng số các khối u đường tiêu hoá nhưng 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%), hồng 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 [2]. Tỷ lệ mắc GIST hàng năm trên thế giới ước tính là 10 - 20/triệu người, với 20 - 30% các trường hợp có biểu hiện di căn khi được chẩn đoán lần đầu [3]. 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. 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 [3] 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. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u mô đệm đường tiêu hoá tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An”.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: NB chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa, được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 31/07/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả can thiệp lâm sàng tiến cứu không nhóm chứng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB được chẩn đoán u mô đệm đường tiêu hóa và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mổ mở hoặc nhuộm HMMD sau mổ không phải GIST.

Các biến số nghiên cứu: Đặc điểm tuổi, giới, BMI, ASA, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh, kết quả phẫu thuật, kết quả điều trị sau mổ, tái phát.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0.

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

Kết quả nghiên cứu

Nghiên cứu 40 NB chúng tôi có kết quả như sau: Tuổi trung bình $60,75 \pm 14,65$, nhỏ nhất 35 và lớn nhất là 91 tuổi. Nam chiếm 52,5%, BMI trung bình $20,49 \pm 2,14 \text{ kg/m}^2$, chủ yếu là ASA1 chiếm 65%.

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu (n = 40)

Hình ảnh nội soi	U dạng lõi		16 (61,5%)			
	U dạng lõi và loét		10 (38,5%)			
Vị trí u	Dạ dày	Mặt trước	26 (65%)	3 (11,5%)		
		Mặt sau		2 (7,7%)		
		Bờ cong nhỏ		5 (19,2%)		
		Bờ cong lớn		5 (19,2%)		
		Tâm vị		5 (19,2%)		
		Phình vị		6 (23.1%)		
	Ruột non	Hỗng tràng	14 (35%)	6 (42,8%)		
		Hồi tràng		8 (57,2%)		
Kích thước u	T1 ≤ 2cm		3 (7,5%)			
	2cm < T2 ≤ 5cm		21 (52,5%)			
	5cm < T3 ≤ 10cm		14 (35%)			
	T4 > 10cm		2 (5%)			
Dấu ấn miễn dịch	DOG-1 (+)		36 (90%)			
	CD-117 (+)		40 (100%)			
	CD-34 (+)		40 (100%)			
	Desmin (+)		2 (5 %)			
	S100 (+)		2 (5 %)			
	SMA (-)		36 (90%)			
Độ phân chia	Thấp (≤ 5 phân chia/50 vi trường)		31 (77,5 %)			
	Cao (> 5 phân chia/50 vi trường)		9 (22,5 %)			
Giai đoạn bệnh (AJCC 2017)	Dạ dày	IA	Ruột non	I	6 (15%)	
		IB		4 (10%)	II	3 (7,5%)
		II		3 (7,5%)	IIIA	2 (5%)
		IIIA		1 (2,5%)	IIIB	1 (2,5%)
		IIIB		1 (2,5%)	IV	2 (5%)
		IV		1 (2,5%)		

Nhận xét: Kích thước trung bình $6,43 \pm 4,89 \text{ cm}$. Có 3 NB giai đoạn IV, chiếm 7,5%, trong đó có 1 NB GIST lớn ở cực trên dạ dày di căn gan và 2 trường hợp GIST lớn ruột non di căn phúc mạc.

Bảng 2: Kết quả điều trị phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	PTNS hoàn toàn	25 (62,5%)
	PTNS hỗ trợ	10 (25,0%)
	PTNS xuyên thành dạ dày	5 (12,5%)
Phương pháp cắt u	Cắt u hình chêm	16 (40,0%)
	Bóc u tâm vị	5 (12,5%)
	Cắt phần trên dạ dày	5 (12,5%)
	Cắt đoạn ruột non	12 (30,0%)
	Cắt đoạn ruột, mạc nối, bóc nốt phúc mạc	2 (5,0%)
Kỹ thuật nối tiêu hóa	Không	21 (52,5%)
	Double-tract	3 (7,5%)
	Double-flap	1 (2,5%)
	Nối thực quản dạ dày	1 (2,5%)
	Nối ruột-ruột	14 (35,0%)
Thời gian phẫu thuật	105,9 ± 40,8 (45 - 225) phút	
Thời gian nằm viện	7,25 ± 1,95 (4 - 12) ngày	

Nhận xét: 14 NB cắt đoạn ruột non và nối lại lưu thông tiêu hóa tận tận, trong đó có 2 NB phải cắt hết mạc nối lớn và bóc nốt phúc mạc do di căn. 100% diện cắt không còn tế bào u. Không có trường hợp nào có tai biến, biến chứng, tử vong trong và sau mổ.

Bảng 3: Kết quả theo dõi sau mổ

Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	22,8 ± 16,59 (1,03 – 51,63)
Điều trị liệu pháp đích sau mổ (Imatinib)	11 (27,5%)
Tái phát sau mổ	3 (7,5%)
Thời gian tái phát trung bình sau mổ (tháng)	22,0 ± 15,1 (6 - 36)

Nhận xét: 100% NB còn sống đến thời gian kết thúc nghiên cứu. 27,5% điều trị liệu pháp đích sau mổ. 3 (7,5%) trường hợp tái phát sau mổ, trong đó có 2 NB không điều trị đích và 1 NB ngừng điều trị đích.

Bàn luận

Nhóm NB trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình $60,75 \pm 14,65$, dao động từ 35 đến 91 tuổi, các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đều ghi nhận lứa tuổi hay gặp trong bệnh GIST là 50 - 70 tuổi [4]. Nhóm nghiên cứu có 21 nam chiếm 52,5%, nghiên cứu của tác giả Diệp Bảo Tuấn ghi nhận tỷ lệ mắc ở nam là 64% [5]. Các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ [6]. GIST có thể gặp tại bất cứ vị trí nào của ống tiêu hóa, từ thực quản đến trực tràng và các cơ quan ngoài ống tiêu hóa, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gặp GIST dạ dày là 65% và ruột non 35%, và tương tự với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới (ở dạ dày từ 40 – 60%, hồng khoảng 25-30%) [4]. Kích thước u trung bình trong nhóm nghiên cứu là $6,43 \pm 4,89$ cm, trong đó 52,5% là từ 2 - 5cm và 35% từ 5 - 10cm, kích thước u là một yếu tố để tiên lượng và phân giai bệnh [7]. Đa số GIST trong nghiên cứu được chẩn đoán ở giai đoạn I (65%), cho thấy cơ hội điều trị triệt căn là rất cao.

Việc chẩn đoán xác định GIST và phân biệt với các bệnh lý khác như leiomyoma, schwannoma ... dựa vào các dấu ấn trong nhuộm HMMD là rất quan trọng để quyết định phác đồ điều trị sau phẫu thuật và khi có tái phát. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 90% DOG-1 (+), 100% CD-117 (+), 100% CD-34 (+), 5% Desmin (+), 5% S100 (+), 22,5% có độ phân chia u cao và tương tự các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận GIST dương tính với CD-117 > 90%, CD-34 60-70%, Desmin 0-4%, SMA 20-40%, S100 10% [8],[9],[10].

Theo Joensuu, kích thước u, vị trí u, chỉ số phân bào và tình trạng vỡ u trong lúc phẫu thuật là các yếu tố tiên lượng rất quan trọng [7]. Nghiên cứu chúng tôi có 77,5% NB độ phân chia thấp, 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 đích. 11 NB kích thước u lớn hơn 5cm, đã phá vỡ vỏ u nên trong phẫu thuật độ an toàn R0 không cao, đã di căn, độ phân chia cao nên điều trị đích Imatinib với liều tiêu chuẩn 400mg/ngày. Điều liệu

trình đích 36 tháng với Imatinib đối với trường hợp chưa di căn, điều trị suốt đời với NB đã di căn [7].

Chúng tôi thực hiện PTNS xuyên thành dạ dày để phẫu thuật cho những trường hợp u dưới niêm tâm vùng tâm vị, đã mở ra hướng tiếp cận mới, tránh được những rủi ro từ cắt cực trên dạ dày, kỹ thuật này chúng tôi bắt đầu áp dụng đầu tiên từ năm 2022 [10]. Kết quả nghiên cứu có 12,5% được thực hiện bằng PTNS xuyên thành dạ dày. Tác giả Chen K. và cộng sự đánh giá phẫu thuật nội soi cho nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở [9]. Các phương pháp đều 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 thiết 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. Theo y văn, hai con đường di căn chính của GIST là đường máu và lan tràn theo đường kế cận, hai vị trí thường gặp di căn của GIST là gan và phúc mạc, hiếm khi thấy di căn hạch, do đó việc phẫu thuật nạo vét hạch chủ động trong phẫu thuật GIST là không cần thiết [4]. Nghiên cứu ghi nhận 12,5% cắt cực trên dạ dày, 30% cắt đoạn ruột non và 5% cắt đoạn ruột non kèm cắt đoạn mạc nối lớn và bóc nhiều nốt di căn phúc mạc. Những trường hợp cắt phần gần dạ dày thì vấn đề đặt ra trong mổ là phải kết hợp các kỹ thuật chống trào ngược thực quản cho NB sau phẫu thuật. Kết quả có 5 NB cắt phần gần dạ dày (4 NB được phục hồi lưu thông kiểu Double-tract và Double-flap, 1 NB nối dạ dày thực quản thông thường), cả 5 NB sau mổ diễn tiến ổn định và khám định kỳ theo dõi không có biểu hiện trào ngược, sức khỏe tốt, tăng cân, trong đó có 2 NB đang điều trị liệu pháp đích và NB được nối dạ dày thực quản thông thường vẫn đang được điều trị kháng tiết chống trào ngược. Nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào có tai biến trong mổ, biến chứng và tử vong sau mổ.

Nghiên cứu có 3 trường hợp tái phát, chiếm 7,5%, trong đó có 2 NB GIST ruột non tái phát và di căn phúc mạc sau mổ 6 tháng và 12 tháng, được mổ lại cắt bỏ đoạn ruột non và cắt toàn bộ mạc nối lớn,

bóc nốt di căn. Đây là những NB được phẫu thuật lần đầu cắt u ruột non (1 NB mổ theo chương trình và 1 NB mổ 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. Sau mổ cả 2 NB diễn tiến ổn định và khám định kỳ theo dõi sức khỏe tốt, tăng cân. Đến 2 năm thì có 1 NB bỏ trị đích và bị tái phát tiếp sau 6 tháng, tiếp tục được chỉ định mổ lại, sau mổ tiếp tục duy trì điều trị đích. Thời gian theo dõi trung bình $22,8 \pm 16,59$ tháng, ngắn nhất 1 tháng và dài nhất 51 tháng. Thời gian tái phát trung bình $22,0 \pm 15,1$. 100% NB còn sống đến thời gian kết thúc nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận tính an toàn, khả năng phục hồi sớm sau mổ, đặc biệt trong các trường hợp giai đoạn sớm. Những trường hợp GIST có kích thước lớn, di căn thì phẫu thuật góp phần làm giảm kích thước u, làm giảm các biến chứng từ u và làm tăng cơ hội tiếp cận điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu, thời gian theo dõi nên chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và phối hợp nghiên cứu đa trung tâm để có kết quả đánh giá dài hạn.

Kết luận

Phẫu thuật nội soi điều trị GIST là phương pháp an toàn và hiệu quả, đảm bảo triệt căn cho GIST giai đoạn sớm. 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 điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Corless C. L., et al. Biology of gastrointestinal stromal tumors. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 22 (2004) 3813–3825. doi.org/10.1200/JCO.2004.05.140.
2. Beham A. W., et al. Gastrointestinal stromal tumors. *International Journal of Colorectal Disease*, 27 (2012) 689–700. doi.org/10.1007/s00384-011-1353-y.
3. Miettinen M. and Lasota J. (2006). Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites, *Semin Diagn Pathol*. 23(2), 70-83.
4. Đỗ Hùng Kiên. Nghiên cứu kết quả điều trị u mô đệm đường tiêu hoá giai đoạn muộn bằng imatinib tại

- bệnh viện K 2017. Luận án tiến sĩ y học - Đại học Y Hà Nội 2017.
5. 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(GIST)(7-14).
 6. Corless C. L. (2014). Gastrointestinal stromal tumors: what do we know now?, Mod Pathol. 27 Suppl 1, S1-16.
 7. Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. Human Pathology, 39(2008) 1411–1419. doi.org/10.1016/j.humpath.2008.06.025.
 8. Wu C., et al. Clinical Diagnosis of gastrointestinal stromal tumor: From the Molecular Genetic Point of View. Cancers, 11 (2019) 679. doi.org/10.3390/cancers11050679.
 9. Chen K., et al. Systematic review and meta-analysis of safety and efficacy of laparoscopic resection for gastrointestinal stromal tumors of the stomach. Surgical Endoscopy, 29 (2015) 355–367. doi.org/10.1007/s00464-014-3676-6.
 10. Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương. 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.