

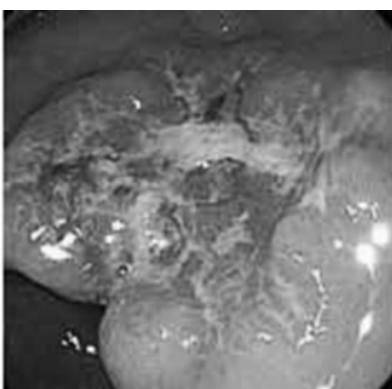
Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính

(Benign Gastric Lesions/Diseases)

Chẩn đoán phân biệt ổ loét lành tính và ác tính (Differential diagnosis between benign and malignant ulcers)



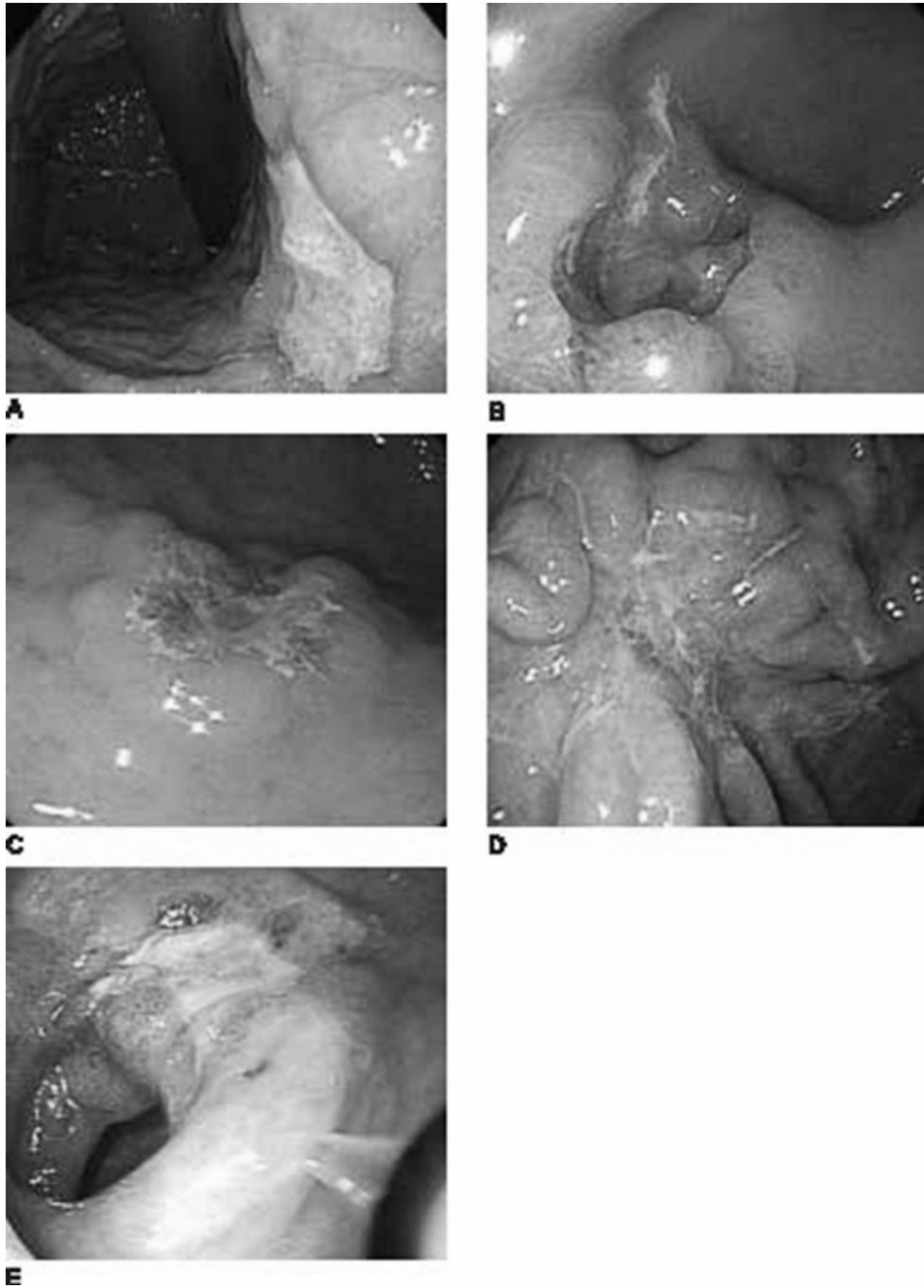
Trong chẩn đoán phân biệt giữa ổ loét lành tính và ác tính, có nhiều đặc điểm quan trọng giúp chẩn đoán



Ổ loét dạ dày chảy máu cấp tính có bờ mềm và ổ loét hình núi lửa đáy phẳng

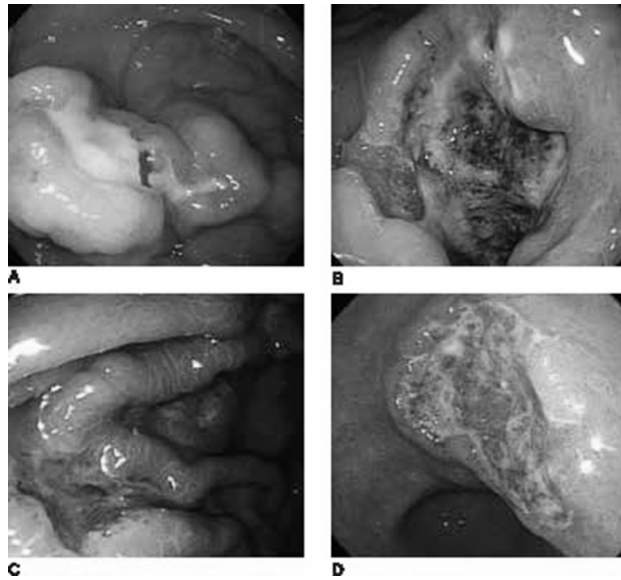


Ổ loét dạ dày lành tính giai đoạn A2 có hình ảnh điển hình là bờ mềm mại, dạng núi lửa có đáy phẳng. Ung thư dạ dày tiến triển có đặc điểm là bờ không đều có nốt, có tổ chức ung thư xâm lấn vào ổ loét

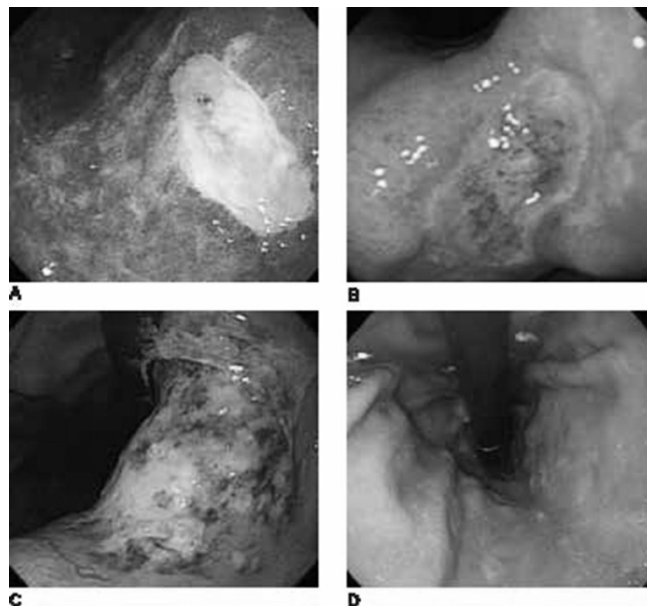
Hình ảnh nội soi

A. Loét dạ dày. Ổ loét có đáy sạch và bờ gọn. B. Ổ loét ác tính. Bờ gồ không đều. C. Ung thư dạ dày sớm (type IIc+IIa). Ổ loét có bờ gồ dạng nốt, có ít biểu mô tái tạo. Đáy ổ loét nhô cao hơn so với phần niêm mạc xung quanh. D. Ổ loét ác tính. Hình ảnh có vẻ như ổ loét dạ dày lành tính ở giai đoạn liên nhưng các nếp niêm mạc bị mất, cắt cụt và hội tụ là những dấu hiệu gợi ý ung thư dạ dày sớm

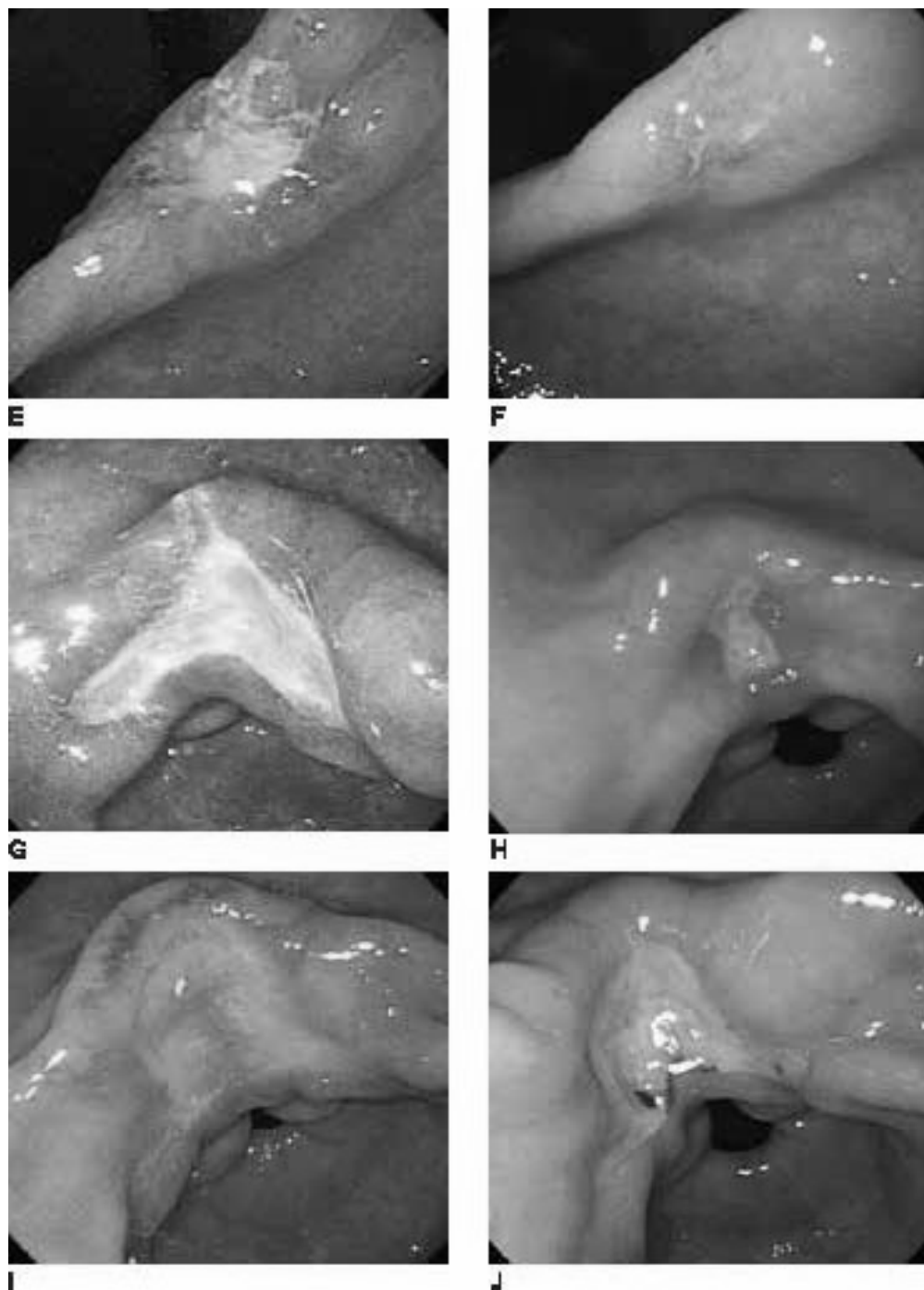
E. Loét ác tính (ung thư dạ dày sớm). Hình ảnh ung thư dạ dày sớm type III có bờ không đều và mất các nếp niêm mạc.

Chẩn đoán phân biệt

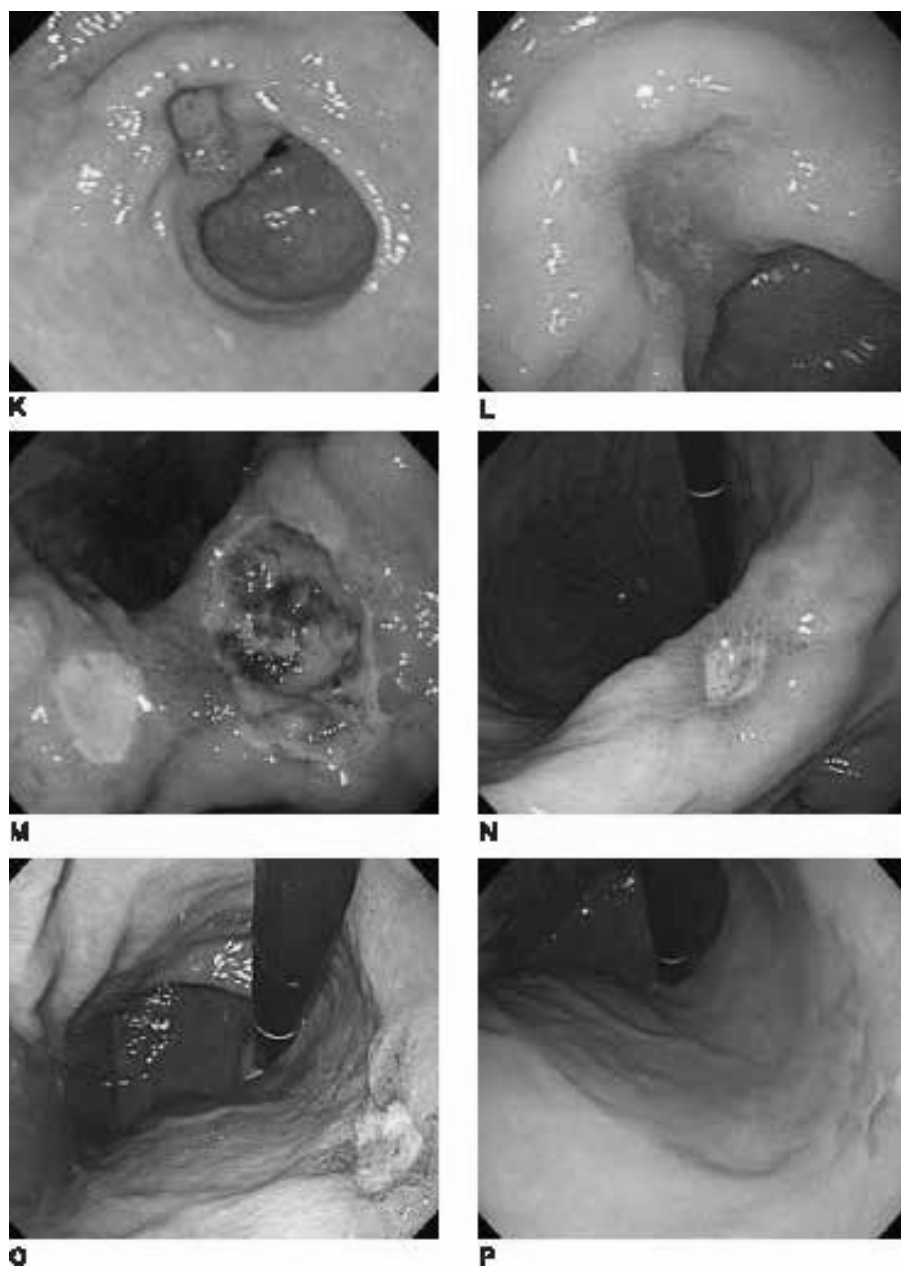
A. U lympho (Lymphoma). U lympho thường có ổ loét. **B.** U lympho ác tính. Ổ loét rộng và sâu có bờ không đều. **C.** U sắc cộm cơ trơn (Leiomyosarcoma). Khối u dưới niêm mạc ở dạ dày có thể gặp hình thái loét. **D.** Ung thư thực quản di căn. Ung thư thực quản di căn vào dạ dày có hình thái ổ loét. Chẩn đoán được xác định sau khi sinh thiết.

Điều trị

A. Loét dạ dày lành tính. Ổ loét có phủ giả mạc trắng và bờ đều. **B.** Ổ loét ác tính. Bờ tổn thương có hình như hình con nhện cắn (moth-eaten appearance) và có các đảo niêm mạc không đều ở đáy ổ loét. **C.** Ổ loét lớn ở thân vị dạ dày trên bệnh nhân dùng thuốc chống viêm NSAID lâu ngày. **D.** Sau khi dừng thuốc NSAIDs và điều trị loét trong 2 tháng thì ổ loét đã liền sẹo. Trong trường hợp này (và nhiều trường hợp khác) kích thước ổ loét không phải là dấu hiệu tốt để chẩn đoán phân biệt giữa ổ loét lành tính và ác tính.



E, F. Ung thư dạ dày sớm. Ổ loét ở góc bờ cong nhỏ, trông có vẻ liền sẹo sau 1 tháng điều trị thuốc chống loét, ổ loét này được chẩn đoán lại là ung thư. Một số ổ loét dạ dày ác tính có vòng bờ giống như loét lành tính, do đó cần phải sinh thiết ổ loét. **G, H, I, J.** Loét mạn tính lành tính tái phát. Hình ảnh nội soi của ổ loét ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Bệnh nhân không có tiền sử dùng thuốc chống viêm NSAID, xét nghiệm *H. pylori* âm tính. Mặc dù dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI) kéo dài nhưng ổ loét vẫn không liền hẳn và lại tái phát. Kết quả mô bệnh học không thấy tế bào ác tính.

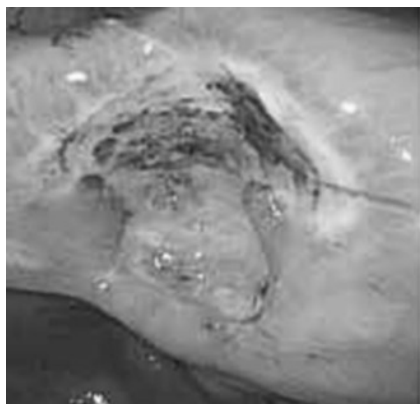


K, L. Một ví dụ về tầm quan trọng của sinh thiết. Ở lần nội soi đầu tiên, hình ảnh nghi ngờ tổn thương ung thư nhưng kết quả mô bệnh học lại là loét mạn tính. Sau 1 tháng, sinh thiết lại cho kết quả là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma). Khi tổn thương nghi ngờ ác tính, kết quả mô bệnh học là âm tính thì vẫn nên soi kiểm tra lại và làm sinh thiết. **M.** Ổ loét lành tính (bên trái) và ổ loét ác tính (bên phải) ở cùng góc bờ cong nhỏ. Khi có nhiều ổ loét thì có thể cùng tồn tại cả ổ loét lành tính và loét ác tính. **N.** Ở lần soi đầu tiên, nghi ngờ ổ loét dạ dày lành tính nhưng kết quả mô bệnh học là ung thư, bệnh nhân đã được phẫu thuật. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, kích thước 4,5 cm, xâm lấn lớp cơ niêm. **O, P.** Bệnh nhân được xác định là ung thư biểu mô tế bào nhẵn ở lần nội soi trước cách đó 3 tuần (**O**) và được chuyển phẫu thuật. Bệnh nhân không được dùng thuốc chống loét nhưng ở lần soi sau tình trạng ổ loét đã cải thiện. Mặc dù ổ loét có biểu hiện lành tính nhưng vẫn cần phải sinh thiết.

Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính

(Benign Gastric Lesions/Diseases)

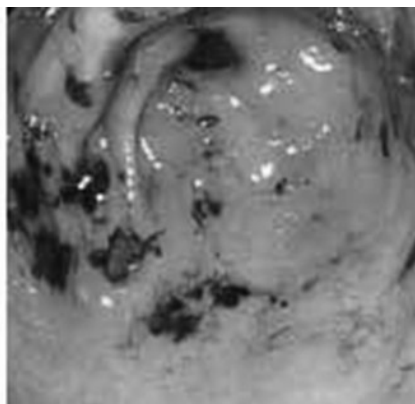
Tổn thương dạ dày trên bệnh nhân dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) (Gastric lesions in NSAID users)



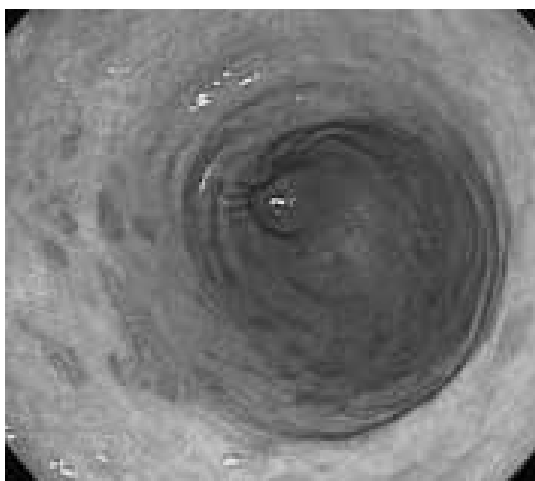
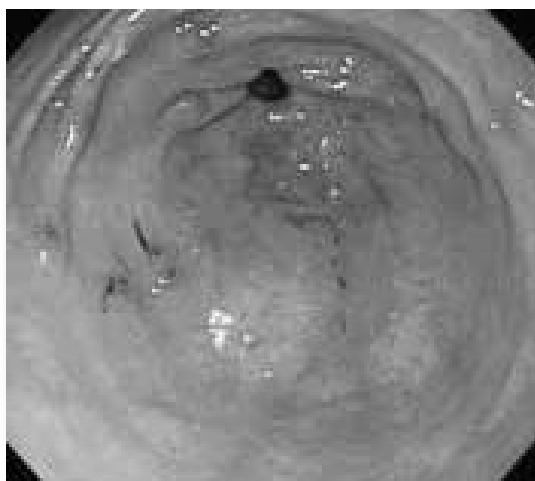
Ví dụ loét dạ dày trên bệnh nhân thường xuyên dùng thuốc chống viêm NSAID. Ổ loét sâu, kích thước lớn. Đáy ổ loét đều và bờ mềm mại gợi ý hình ảnh ổ loét lành tính



Nhiều ổ loét ở hang vị và thân vị phía bờ cong nhỏ trên bệnh nhân dùng cả aspirin (100 mg) và NSAID. Xét nghiệm không có vi khuẩn *H. pylori*



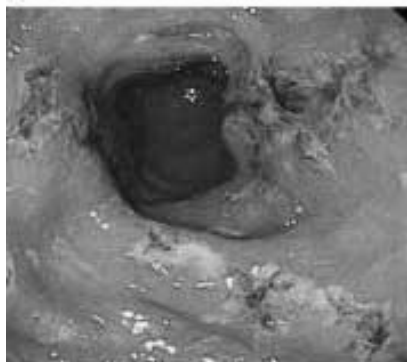
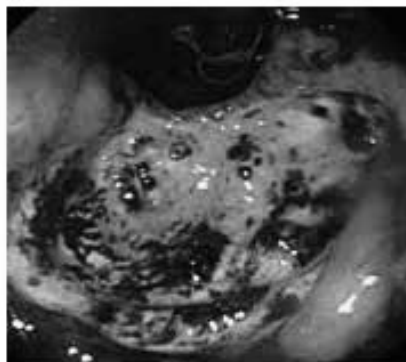
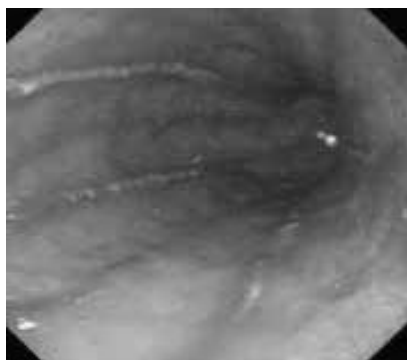
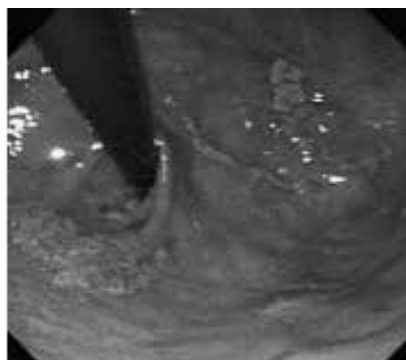
Viêm dạ dày xuất huyết, có nhiều vết trợt, loét ở hang vị trên bệnh nhân suy thận mạn tính và đa u tủy. Bệnh nhân dùng cả thuốc chống viêm NSAID và aspirin

**A****B****C****D****E****F**

A, B. Tổn thương sớm của viêm dạ dày là những trợt phẳng và chảy máu bề mặt vùng hang vị. Tổn thương có thể ở nhiều hình thái của viêm dạ dày bề mặt nông. **C, D.** Viêm dạ dày chảy máu, phù nề niêm mạc và phì đại ở thân vị dạ dày. **E, F.** Hình ảnh nội soi trên bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp và co thắt mạch vành, có biểu hiện khó chịu vùng bụng và nôn ra máu. Nhiều ổ loét ở vùng hang vị và có một ổ loét chảy máu.

**G****H****I****J****K**

G, H. Bệnh nhân đang được điều trị viêm khớp mãn, có biểu hiện đau và rát vùng bụng. Trên hình ảnh nội soi, vùng hang vị có nhiều ổ loét không đều, kích thước. Sau khi ngừng thuốc chống viêm NSAID và điều trị loét trong 42 ngày, tình trạng loét đã được cải thiện nhiều. **I.** Loét dạ dày trên bệnh nhân thường xuyên dùng thuốc chống viêm NSAID. Ổ loét sâu, rộng, đáy phẳng và bờ mềm mại gợi ý ổ loét lành tính. **J.** Nhiều ổ loét ở hang vị và phía bờ cong nhỏ thân vị trên bệnh nhân dùng cả thuốc aspirin (100 mg) và NSAID. Bệnh nhân không bị nhiễm vi khuẩn *H. pylori*. **K.** Viêm dạ dày có nhiều trợt, loét và đám chảy máu ở hang vị, trên bệnh nhân suy thận mạn và đa u tủy. Bệnh nhân dùng cả thuốc NSAID và aspirin.

Hình ảnh nội soi**A****B****C****D****E****F****G****H**

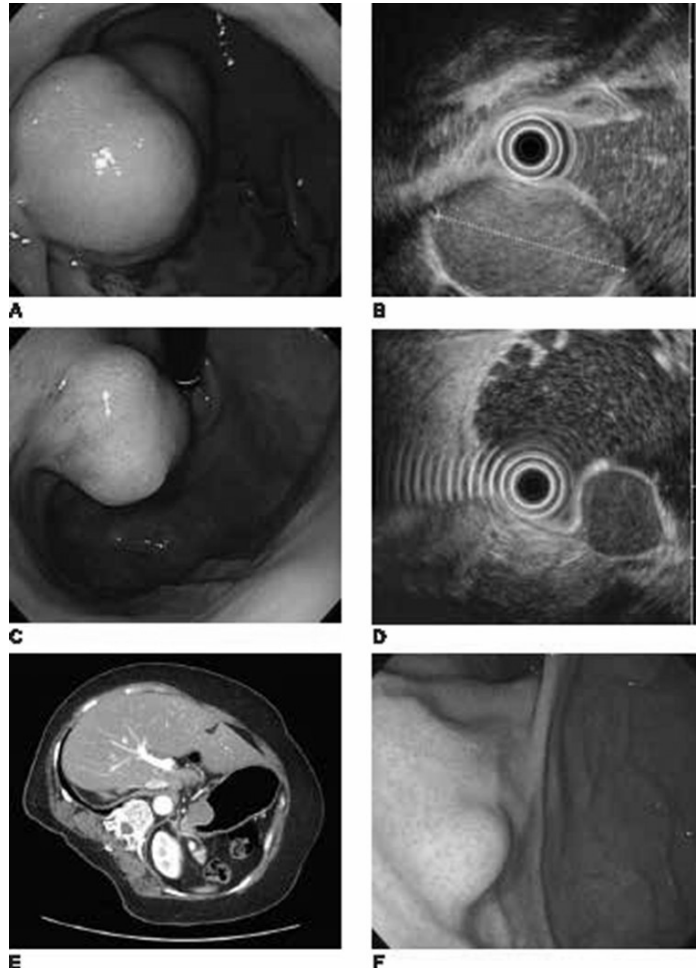
A, B, C, D. Hình ảnh nội soi bệnh dạ dày do NSAID có thể nhiều hình thái, tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, bệnh lý và thuốc sử dụng. Các tổn thương có thể gặp như trợt, loét nông, loét nhiều ổ, loét mạn tính sâu và rộng và loét chảy máu, vì vậy hỏi bệnh nhân tình trạng dùng thuốc và các yếu tố nguy cơ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.

E, F, G, H. Các tổn thương do NSAID như ban xung huyết, trợt và loét có xu hướng tăng về số lượng và cũng có thể gặp tổn thương bề mặt dạng bản đồ xuất hiện đối xứng ở hang vị, thân vị, tâm vị và phình vị. Vùng niêm mạc xung quanh phù nề có thể gây nhầm lẫn với ung thư dạ dày sớm hoặc ổ loét ác tính khác, vì vậy cần phải phân biệt cẩn thận.

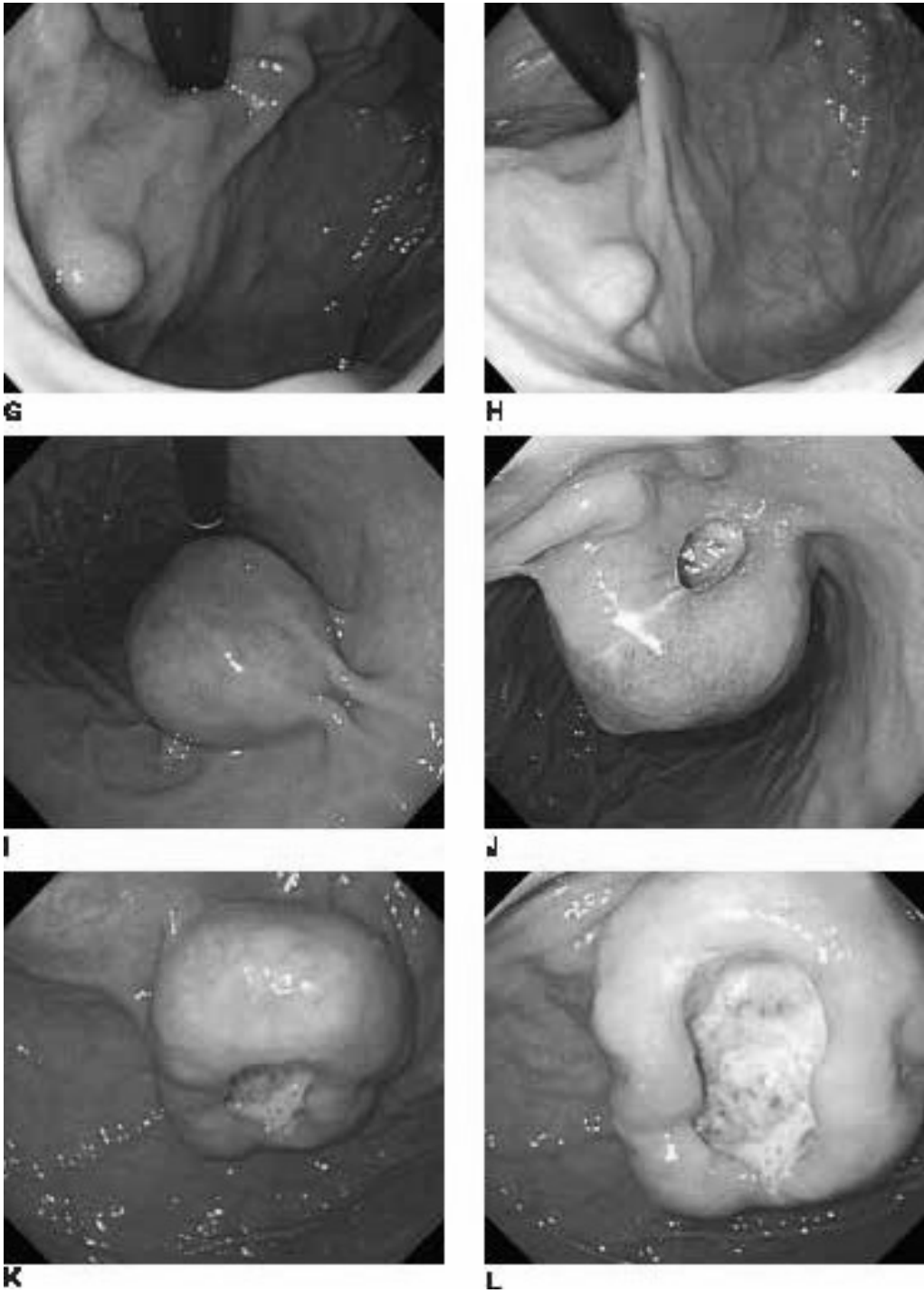
Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính

(Benign Gastric Lesions/Diseases)

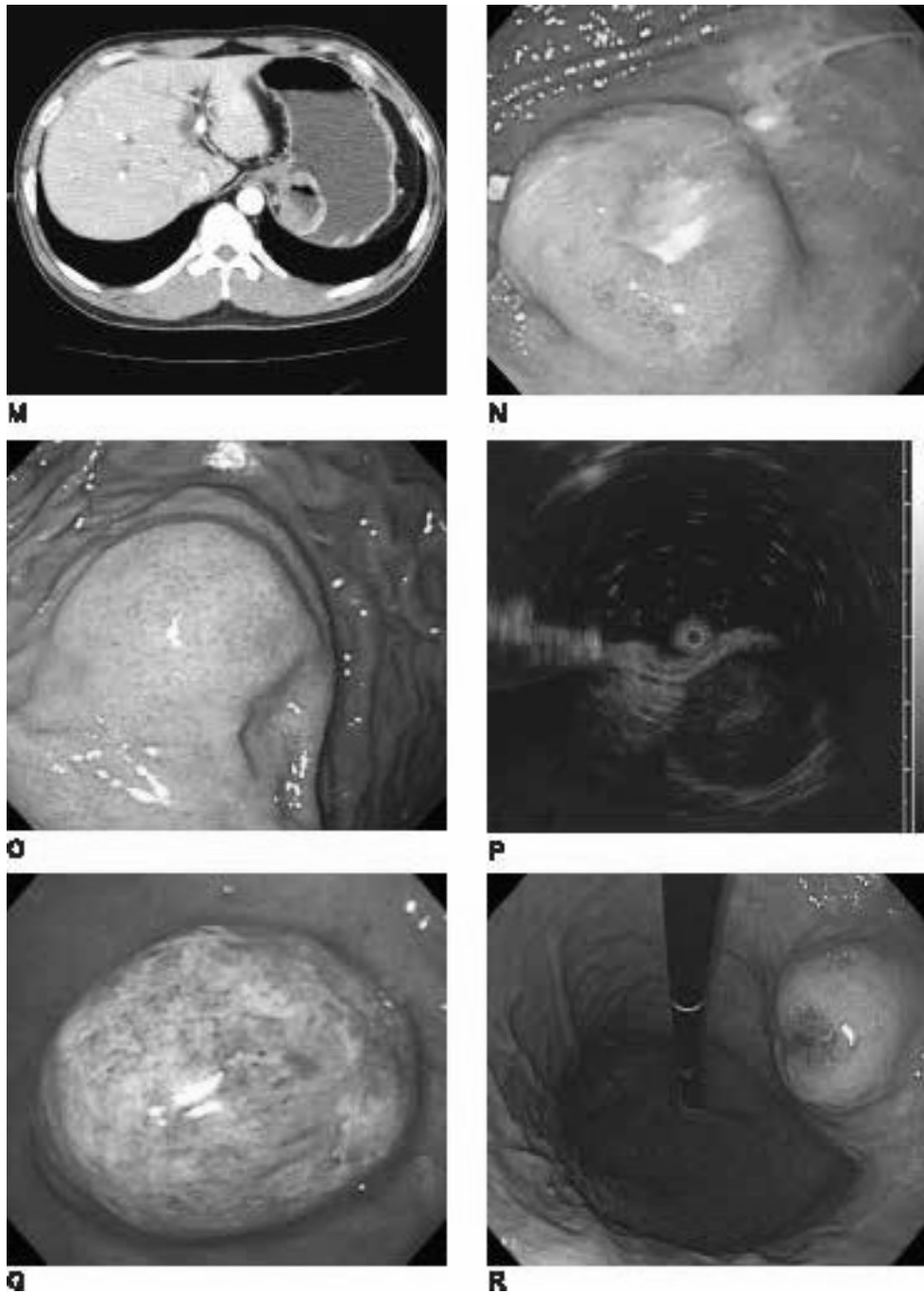
U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumor - GIST)



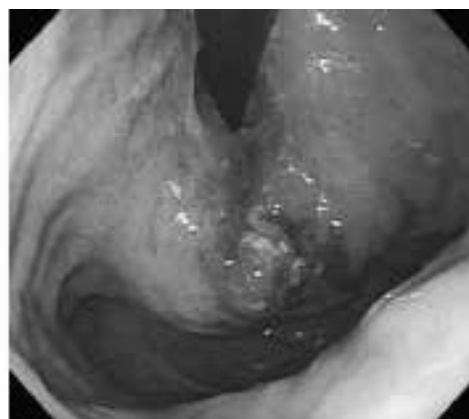
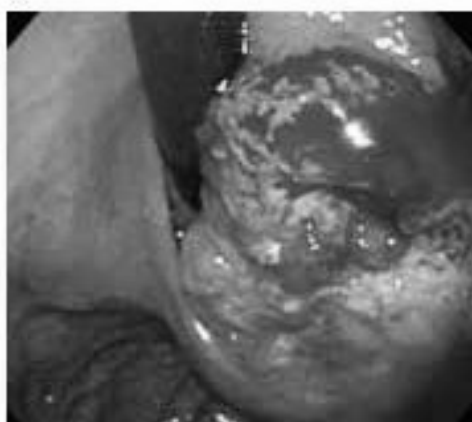
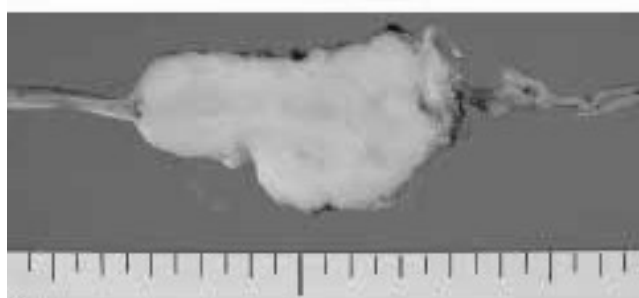
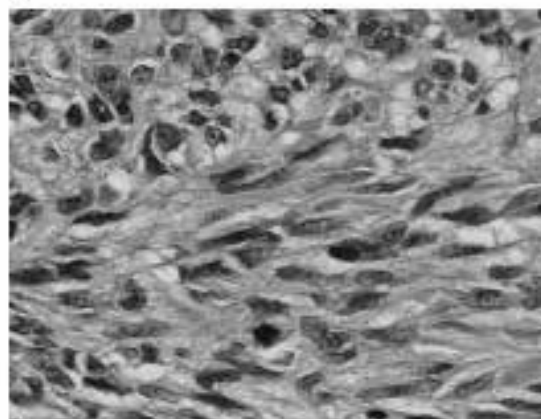
A, B. Khối u kích thước 5 cm ở mặt trước của thân vị dạ dày. Lớp niêm mạc phủ bề mặt khối u bình thường, quan sát thấy các nếp gấp cầu nối (bridging folds) ở quanh khối u. Trên SANS, tổn thương dạng âm đồng nhất ở lớp cơ, đã tiến hành phẫu thuật nội soi khoét khối u hình chêm (laparoscopic wedge resection). Khối u có diện cắt màu vàng nâu. Trên hình ảnh vi thể có các tế bào kẽ, chỉ số phân bào $<5/50$ HPF, Actin (-), Desmin (-), S-100 (-), CD34 (+), c-kit (+), kết quả này kết luận khối u là GIST nguy cơ thấp. **C,D,E.** Khối u 2,7 x 2,3 cm, được phủ bởi lớp niêm mạc bình thường, ở phần trên thân vị dạ dày. Trên SANS, tổn thương giảm âm, đồng nhất. Trên phim chụp CLVT không có xâm lấn xung quanh và hạch. Bệnh nhân đã được phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là GIST nguy cơ cao, có chỉ số phân bào $>10/50$ HPF.



F,G,H. Khối có kích thước 12 mm, nghi ngờ là GIST, ở tâm vị. Khối u không thay đổi kích thước, hình dạng khi theo dõi bằng nội soi sau 2 năm và 5 năm. **I.** U GIST nguy cơ trung bình, kích thước 3,5 cm được điều trị bằng phẫu thuật. Trên nội soi, tổn thương có hình ảnh điển hình là các nếp gấp cầu nối (bridging folds). **J.** Khối u có ổ loét nhỏ ở trung tâm. **K, L.** Khối u dưới niêm mạc vùng phình vị, kích thước 5 cm, có loét lớn ở trung tâm.



M. Khối u dưới niêm có hoại tử trung tâm được ghi nhận ở cùng vị trí trên phim chụp CLVT và phẫu thuật. Khối u đã được xác định là GIST nguy cơ cao, có chỉ số phân bào $>10/50$ HPF. **N.** U dưới niêm mạc có loét trung tâm trên bệnh nhân đang dùng aspirin. Khối u đã được cắt bỏ, có kích thước 2,7cm x 2,0cm và chỉ số phân bào là 26/50 HPF, tổn thương được xác định là GIST nguy cơ cao. Khối u nên được phẫu thuật cắt bỏ khi có loét ngay cả trên khối u có kích thước nhỏ. **O, P.** Khối u dưới niêm mạc, kích thước 3 cm ở bờ cong lớn phần trên thân vị. Trên SANS, tổn thương giảm âm, đồng nhất có nguồn gốc từ lớp thứ 4. Khối u đã được phẫu thuật cắt bỏ, kết quả giải phẫu bệnh là GIST nguy cơ thấp có chỉ số phân bào là 4/50 HPF. **Q.** Một ví dụ GIST không điển hình. Một khối lồi, kích thước 2,5cm, ở bờ cong lớn của phần trên thân vị. Phía chân của tổn thương được phủ lớp niêm mạc bình thường nhưng phía bề mặt tổn thương lại có hình ảnh xung huyết, chảy máu tự nhiên. Đã tiến hành phẫu thuật cắt u, tổn thương là u GIST nguy cơ cao, chỉ số phân bào là 18/50 HPF. **R.** Tổn thương GIST nguy cơ thấp, kích thước 6 cm được điều trị bằng phẫu thuật.

**S****T****U****V****W****X**

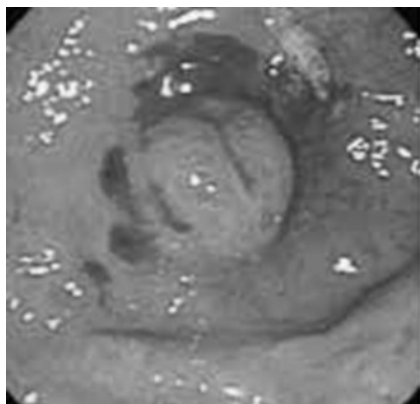
S. U GIST nguy cơ cao, kích thước lớn có chảy máu ở vùng phình vị. **T.** U GIST nguy cơ cao, kích thước 5,5 cm, khó phân biệt với ung thư biểu mô tuyến vùng tâm vị. **U,V.** Khối u chảy máu tự nhiên ở tâm vị và phần trên thân vị dạ dày. **W, X.** Tiến hành phẫu thuật cắt bỏ, khối u có kích thước 6 x 6 cm, chỉ số phân bào là 39/10 HPF. Không có hạch nhưng có di căn mạc treo. Tổn thương có c-kit (CD117)(+), CD34(+), actin cơ trơn (-), chỉ số nhân Ki-67 là 30%. Chẩn đoán xác định là u GIST ác tính.

Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính

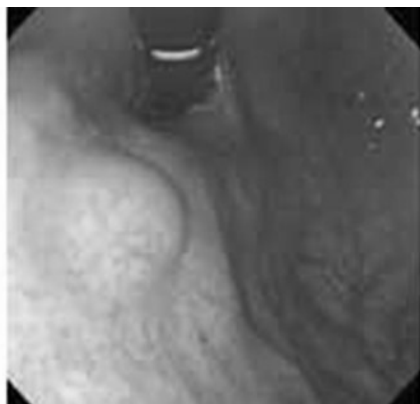
(Benign Gastric Lesions/Diseases)

U dưới niêm mạc ngoài u GIST (Submucosal tumor other than GIST)

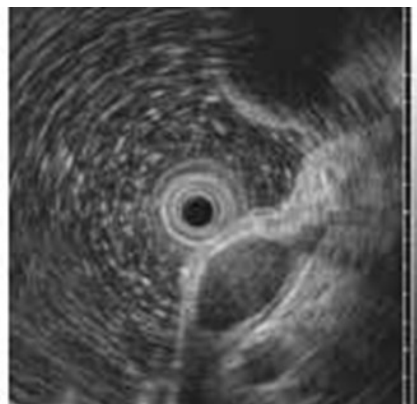
1. U dưới niêm mạc, u dưới biểu mô (Submucosal tumor, Subepithelial tumor)



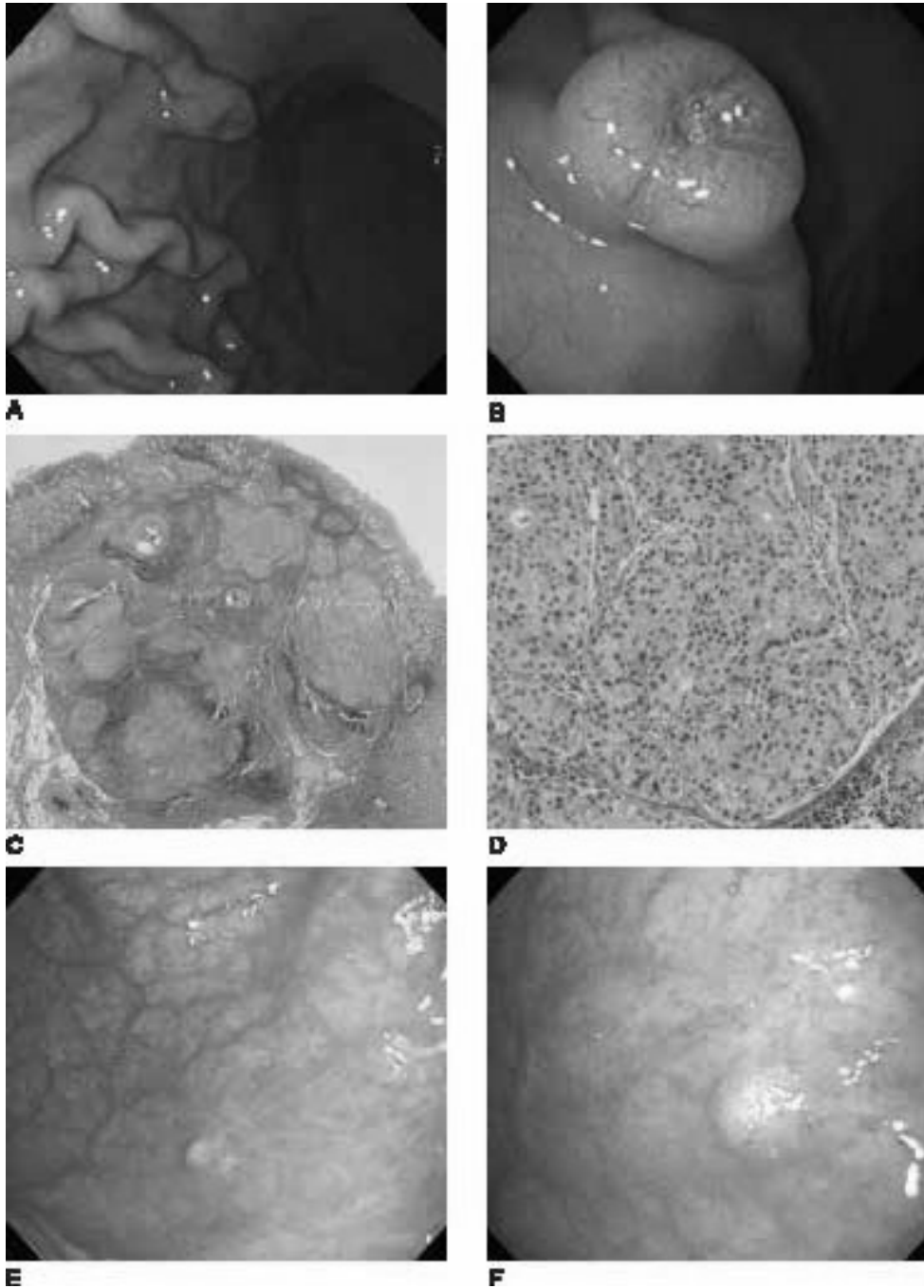
U carcinoma 12 mm ở phình vị. Khối u có màu vàng nhạt, trên hình ảnh SANS giới hạn ở phần dưới niêm mạc. Khối u đã được cắt bỏ hoàn toàn qua nội soi



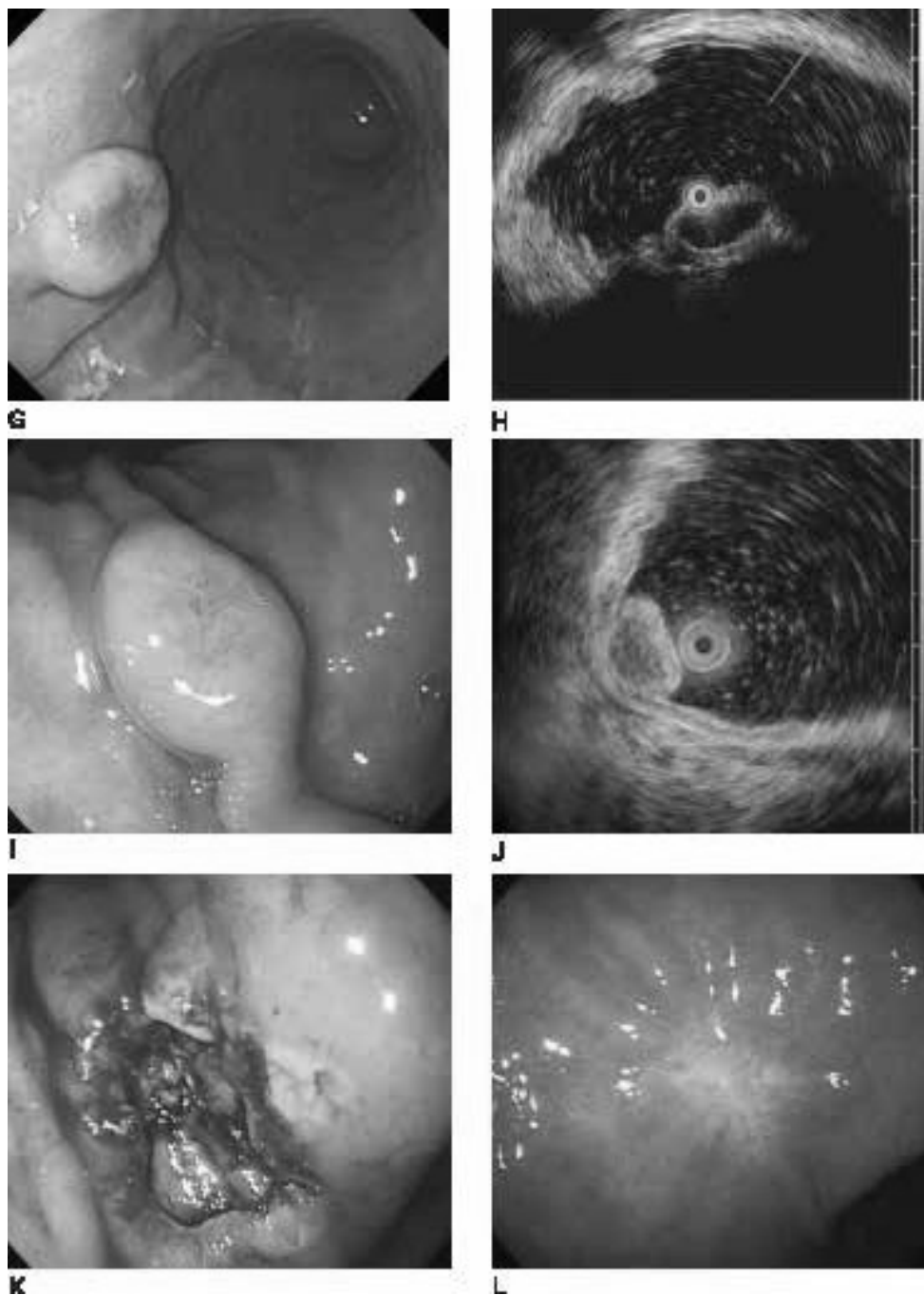
Khối u dưới niêm mạc, chân rộng, phủ lớp niêm mạc bình thường. Thăm bằng kim sinh thiết thấy khối chắc, di động. Trên SANS, chẩn đoán GIST hoặc leiomyoma xuất phát từ lớp cơ. Vì bệnh nhân từ chối phẫu thuật, khối u có kích thước < 2 cm nên bệnh nhân được theo dõi, không thấy khối u thay đổi trong 2 năm qua



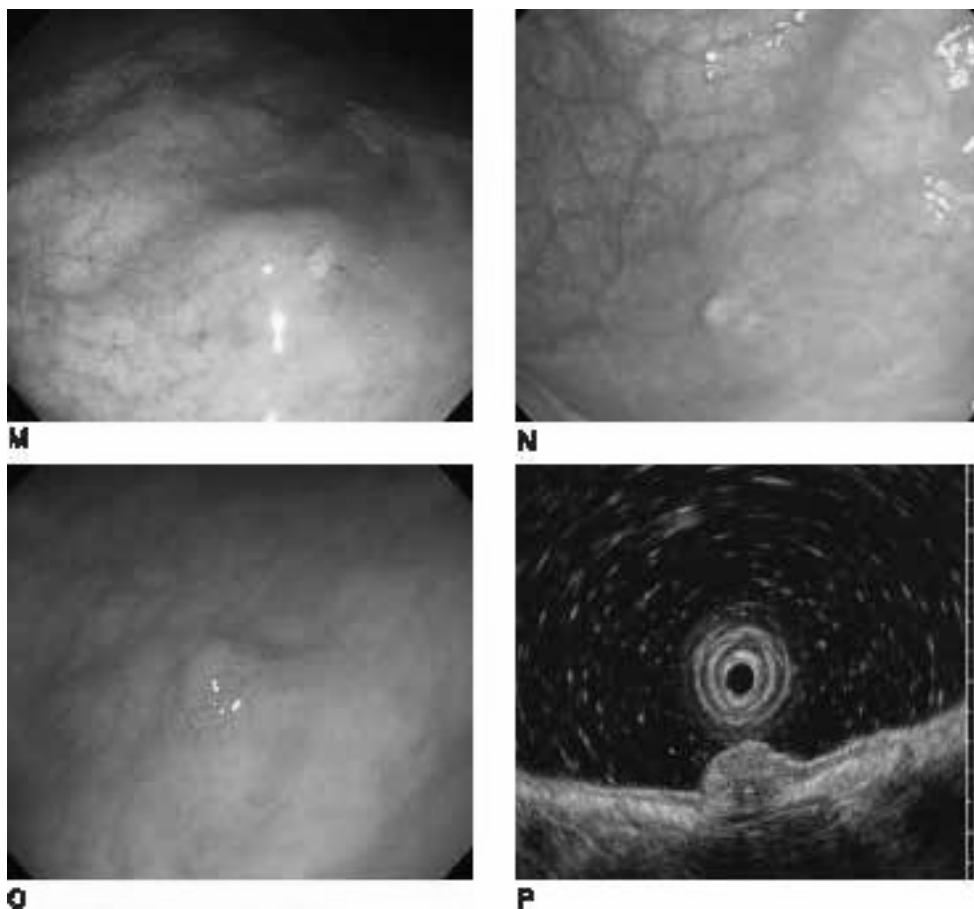
2. U carcinoid (Carcinoid tumor)



A, B. Khối u dưới niêm mạc có lõm trung tâm ở thành trước thân vị dưới, được chẩn đoán xác định trên giải phẫu bệnh là u carcinoid. **C, D.** Khối u được phẫu thuật cắt hình chêm và được chẩn đoán xác định carcinoid, có chứa các tế bào thần kinh nội tiết biệt hóa cao, xâm lấn lớp dưới niêm mạc. **E, F.** Khối u carcinoid dạ dày type 1 trên bệnh nhân có tăng gastrin máu và viêm teo dạ dày. Bệnh nhân không được điều trị nhưng kích thước khối u vẫn không thay đổi sau 10 năm theo dõi.

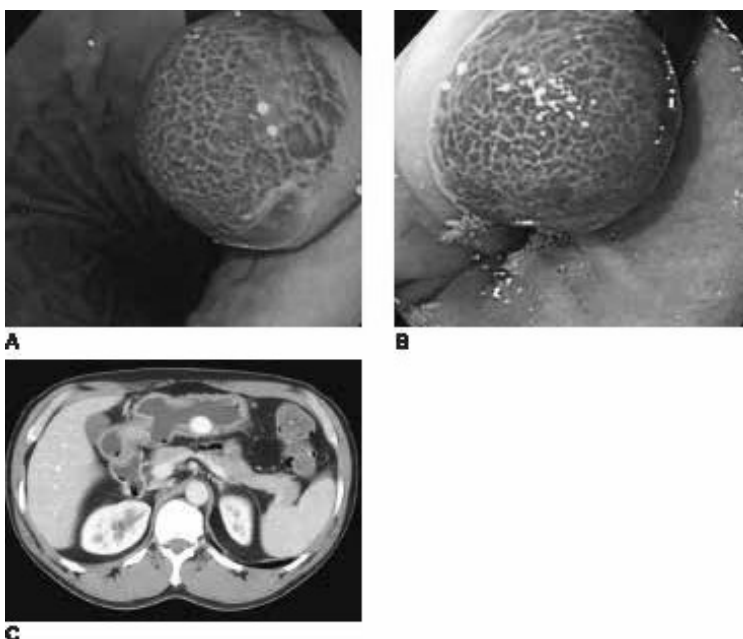


G. Khối u dưới niêm mạc, lõm trung tâm ở thành trước thân vị dạ dày. Giải phẫu bệnh khẳng định chẩn đoán là u carcinoid dạ dày nhưng nồng độ gastrin huyết thanh bình thường. **H.** Trên hình ảnh SANS, tổn thương giảm âm tương đối đồng nhất ở lớp thứ 2. Khối u được phẫu thuật hình chêm. **I, J, K, L.** Khối u dưới niêm mạc, kích thước 1,2 cm có trụ, ở thành trước của thân vị dưới. Trên SANS tổn thương có hình ảnh giảm âm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc và đã được cắt qua nội soi. Tổn thương được xác định là u carcinoid có dương tính với chromogranin và synaptophysin. Sau 3 năm không thấy tổn thương tái phát. Bệnh nhân vẫn đang được theo dõi.

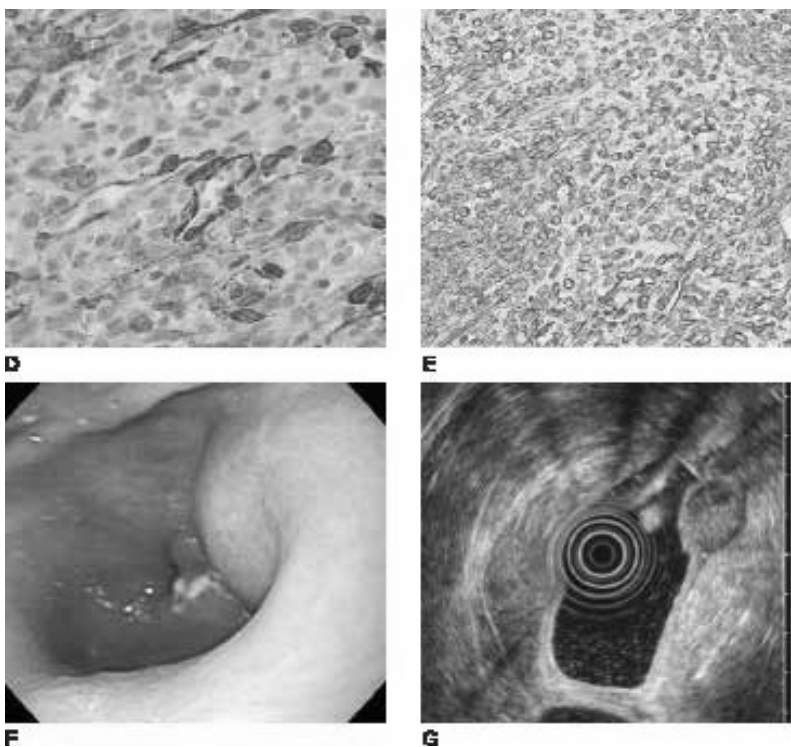


M. Ca type I, nhiều tổn thương dạng polyp phẳng, không cuống, màu vàng, type Is ở thân vị và phình vị dạ dày, được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân khám kiểm tra sức khỏe. Niêm mạc dạ dày teo và nghi ngờ u carcinoid type 1. Hình ảnh SANS cho thấy khối u đặc, giảm âm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc. Cắt u qua nội soi bằng phương pháp EMR-C. N. U carcinoid type 1 được theo dõi trong 15 năm, không điều trị nhưng không thấy đổi kích thước. O, P. U carcinoid type 1, có nồng độ gastrin máu là 373 pg/ml. Bệnh nhân được tư vấn theo dõi khối u nhưng bệnh nhân yêu cầu cắt u nên đã tiến hành cắt qua nội, kết quả được xác định là u thần kinh nội tiết biệt hóa cao ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.

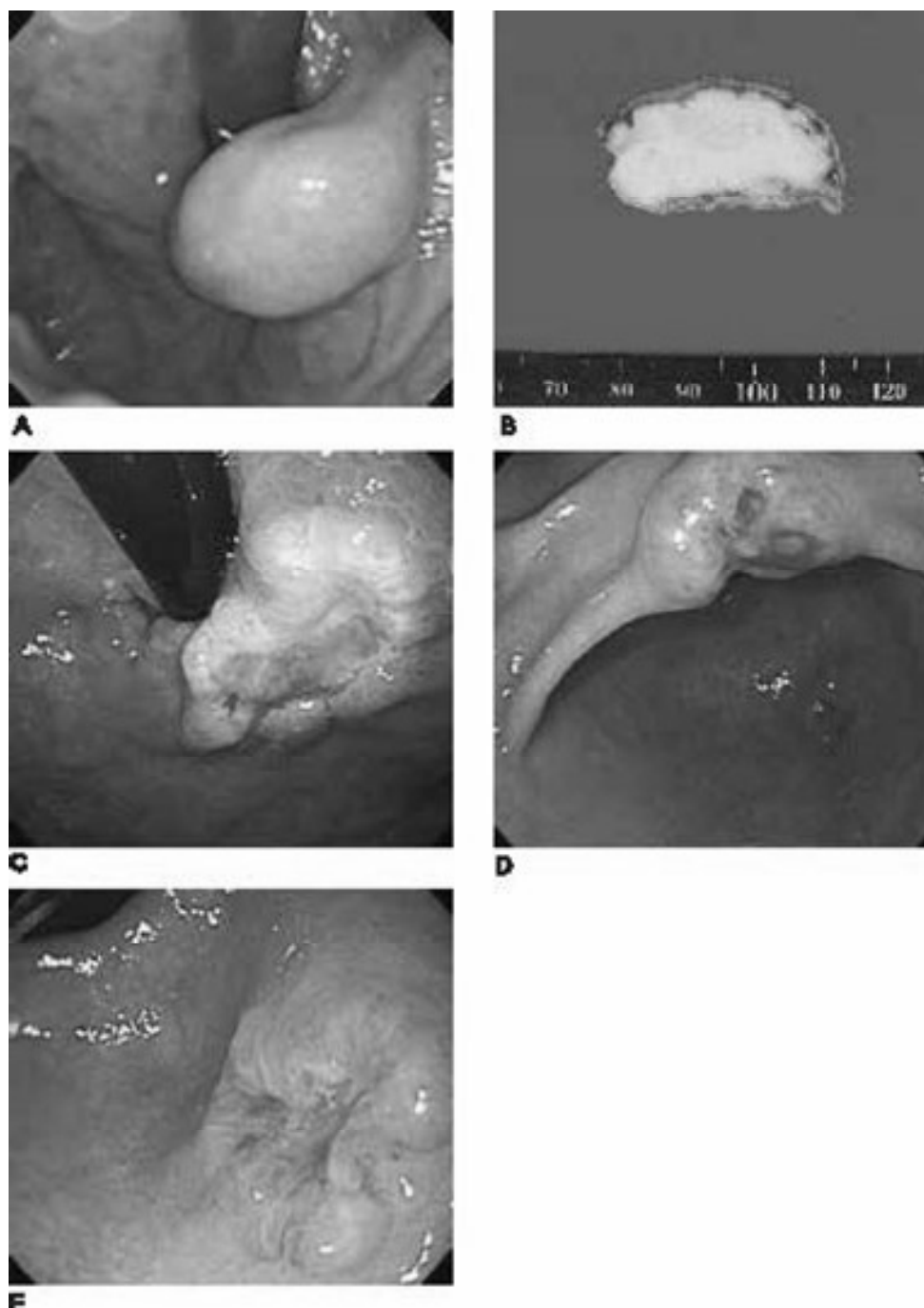
3. U cuộn mạch (Glomus tumor)



A, B. Các tổn thương lồi kích thước 2,5 cm ở thành sau của phần dưới thân vị. Bề mặt có xung huyết dạng lưới. C. Trên phim chụp CLVT có hình ảnh ngấm thuốc mạnh



D, E. Bệnh nhân được phẫu thuật và xác định chẩn đoán là u cuộn mạch, dương tính với SMA và nhuộm vimentin. F, G. U dưới niêm mạc 3 cm ở thành sau hang vị. Bề mặt niêm mạc bình thường, trên SANS thấy tổn thương giảm âm, xuất phát từ lớp thứ tư. Bệnh nhân đã được phẫu thuật, khẳng định chẩn đoán là u cuộn mạch SMA (+).



A, B. Khối lồi được phủ niêm mạc bình thường ở tâm vị. Khối u được phẫu thuật nội soi hình chêm. Trên diện cắt, thấy một khối u dưới niêm mạc màu trắng, nhuộm hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u cơ có Actin (+), Desmin (+), S-100 (-), C-kit (-), CD34 (-). C, D, E. U sắc cô đặc ác tính đa ổ (leiomyosarcoma) ở tâm vị, góc bờ cong nhỏ và hang vị có hình thái giống như ổ loét thông thường, có bờ nhô cao. Nhuộm hóa mô miễn dịch có C-kit (-), Actin (+), Desmin (+ yếu), CD34(-), S-100 (-), và CD68 (-), chẩn đoán xác định là u cơ trơn ác tính (leiomyosarcoma).