

Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính

(Benign Gastric Lesions/Diseases)

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

5. Tụy lạc chỗ (Pancreatic rest, Ectopic pancreas)

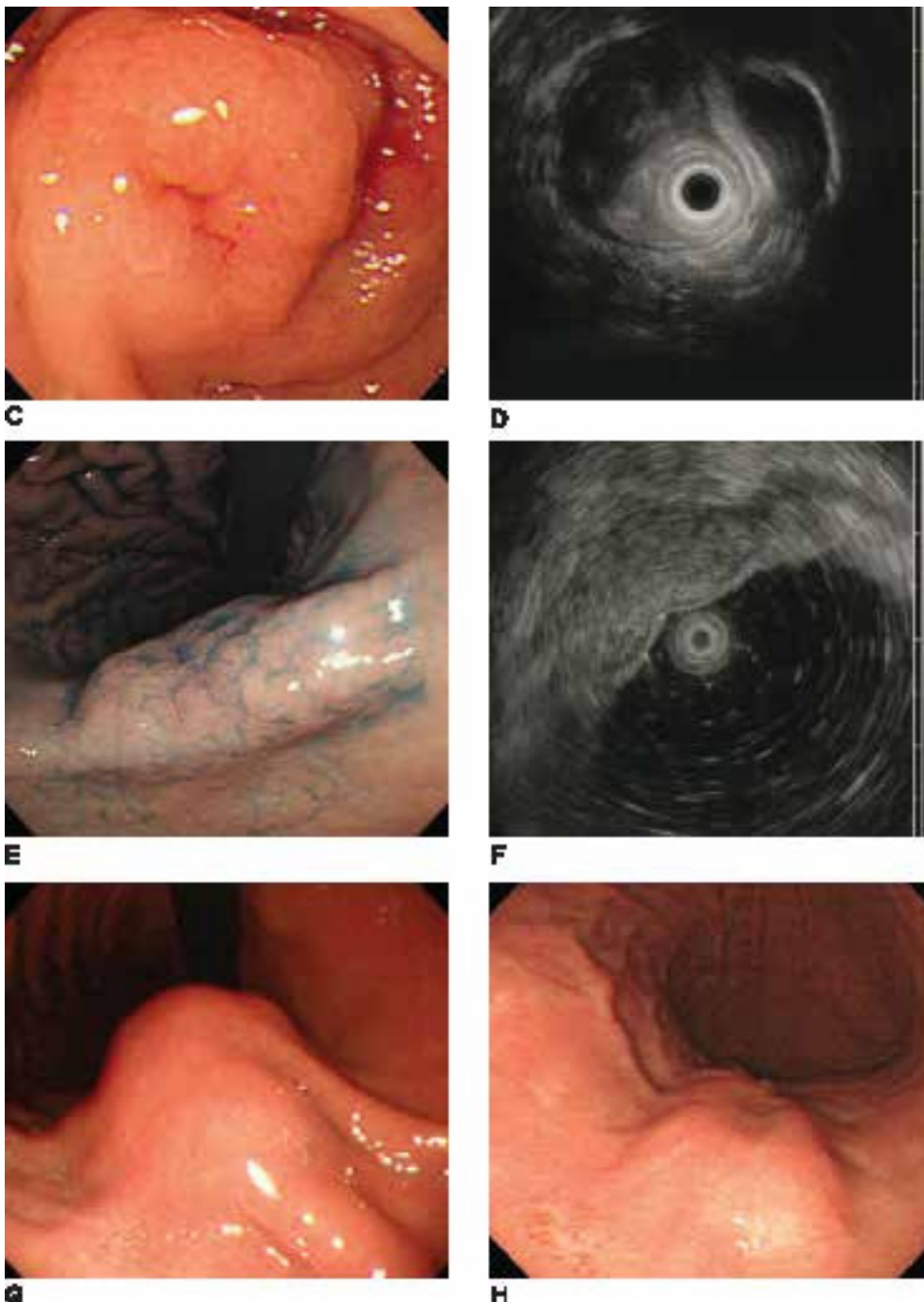


A



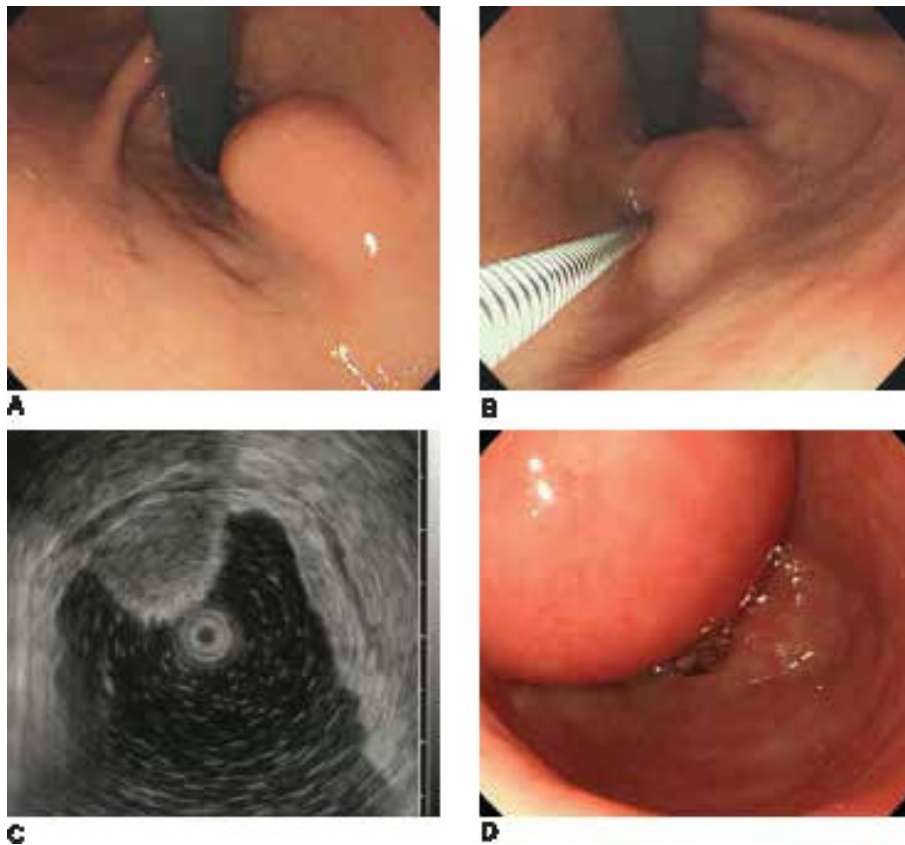
B

A, B. Mô tụy lạc chỗ với đặc điểm có rốn (lõm trung tâm), ở hang vị.
Trên SANS có khối đồng âm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc.

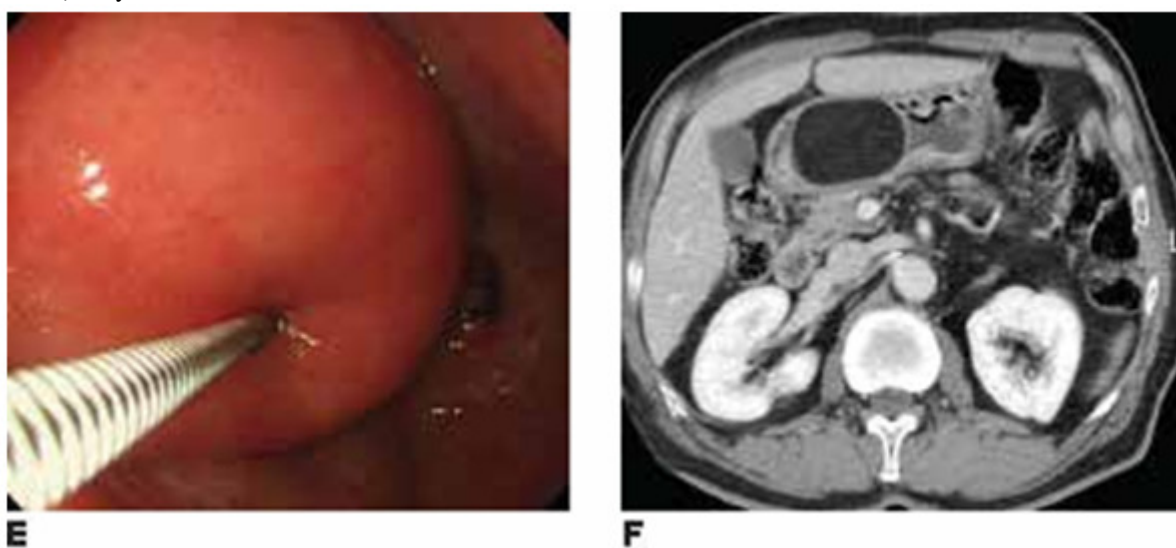


C, D. U dưới niêm mạc, kích thước 40 x 33 mm, gây hẹp môn vị trên bệnh nhân có biểu hiện nôn sau ăn. Bề mặt u có lỗ mở vào dạ dày. Trên SANS có khối giảm âm, không đồng nhất, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc và lớp niêm mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh là tụy lạc chỗ. **E, F.** Mô tụy lạc chỗ lớn bị nhầm là tổn thương của lớp niêm mạc. Tổn thương lồi ở góc bờ cong nhỏ, được chẩn đoán là u tuyến ống độ thấp và được cắt qua nội soi. Sau phẫu thuật được chẩn đoán là tổn thương dưới niêm mạc, bệnh phẩm được xác định là mô tụy lạc chỗ. **G,** Tổn thương ở phía bờ cong nhỏ dạ dày, sau phẫu thuật được xác định là tụy lạc chỗ. **H.** Tổn thương ở mặt sau thân vị dạ dày, sau phẫu thuật được xác định là tụy lạc chỗ.

6. U mỡ (Lipoma)

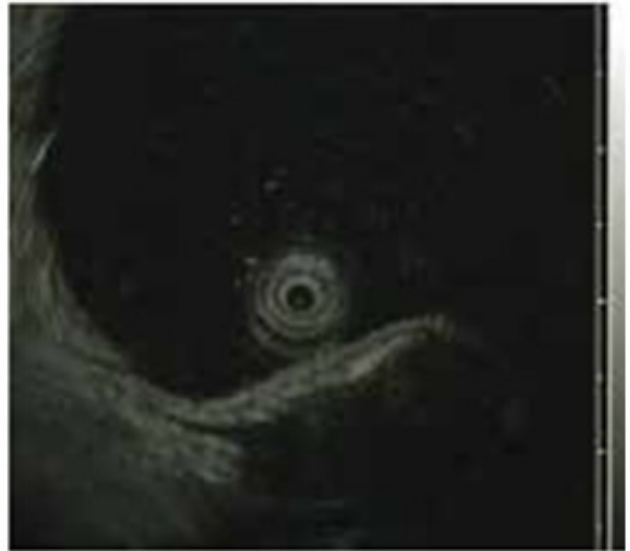


A,B,C. Khối u dưới niêm mạc được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đi khám sức khỏe định kỳ. Khối lồi dạng polyp, kích thước khoảng 2-3 cm, có “dấu hiệu miếng đệm” được phát hiện ở vùng tâm vị. Khối u tăng âm, kích thước 17x10 mm, xuất phát từ lớp dưới niêm mạc, không có xâm lấn lớp cơ. Không thấy khối u thay đổi trong các lần thăm khám nội soi định kỳ 1 năm/lần.

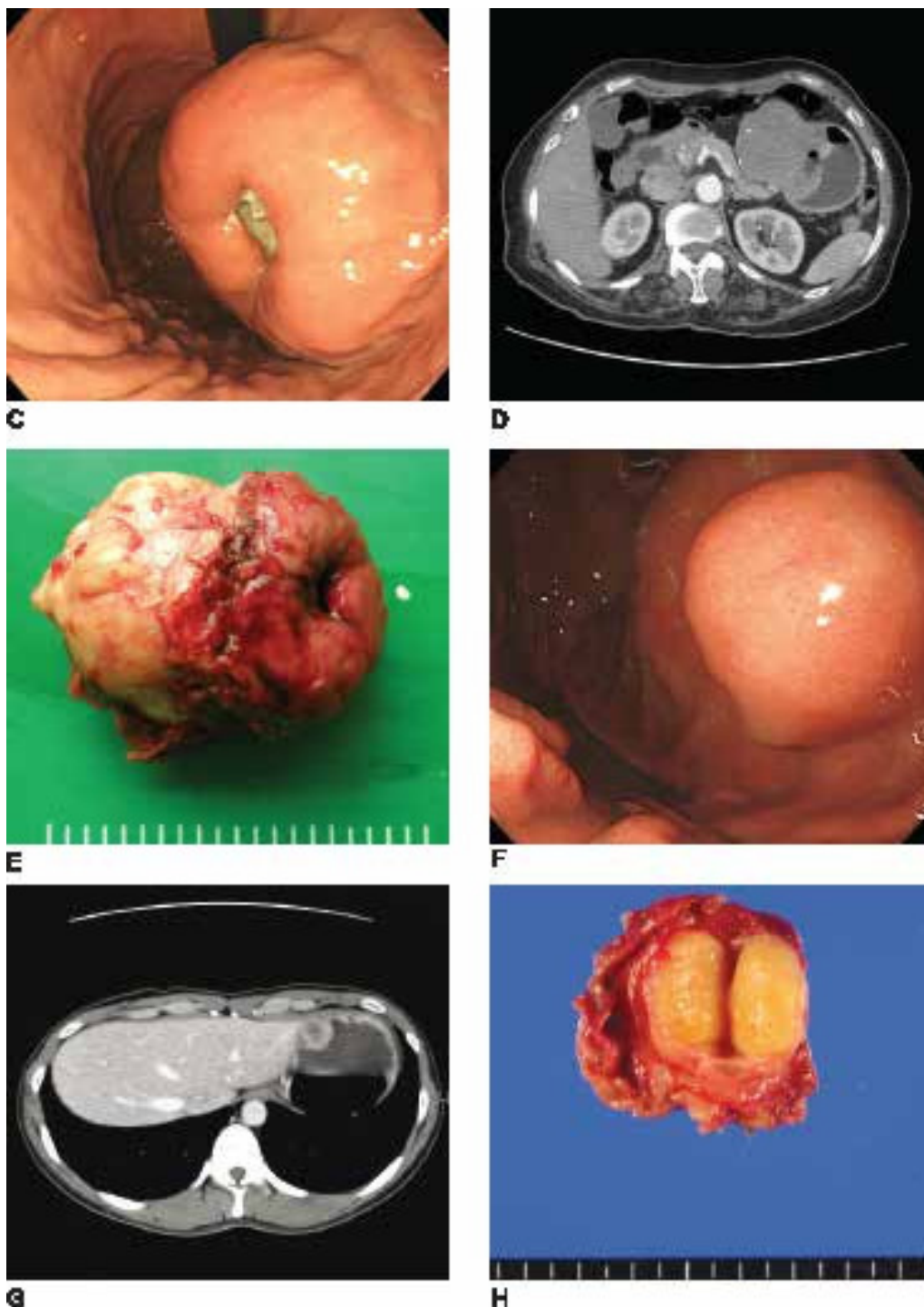


D,E,F. Khối u mỡ lớn ở vùng hang vị. Khối mềm bề mặt niêm mạc có màu vàng nhạt, lồi vào lòng dạ dày. Trên phim CLVT, khối có tỷ trọng đồng nhất của mỡ.

7. U tế bào Schwann (Schwannoma)

**A****B**

A,B. Khối u dưới niêm mạc, hình trứng, kích thước 22 mm, ở phần xa của bờ cong lớn thân vị (gần hang vị). Trên siêu âm nội soi, hình ảnh tổn thương giảm âm đồng nhất, phát triển từ lớp cơ, sau đó bệnh nhân được cắt dạ dày hình chêm. Trên hình ảnh đại thể, thấy khối đồng nhất màu vàng nhạt, kích thước 3 x 2 x 1,6cm. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy đây là một khối u tế bào thần kinh, có Actin (-), Desmin (-), S-100 (+), CD34(-) và C-kit (+/-).

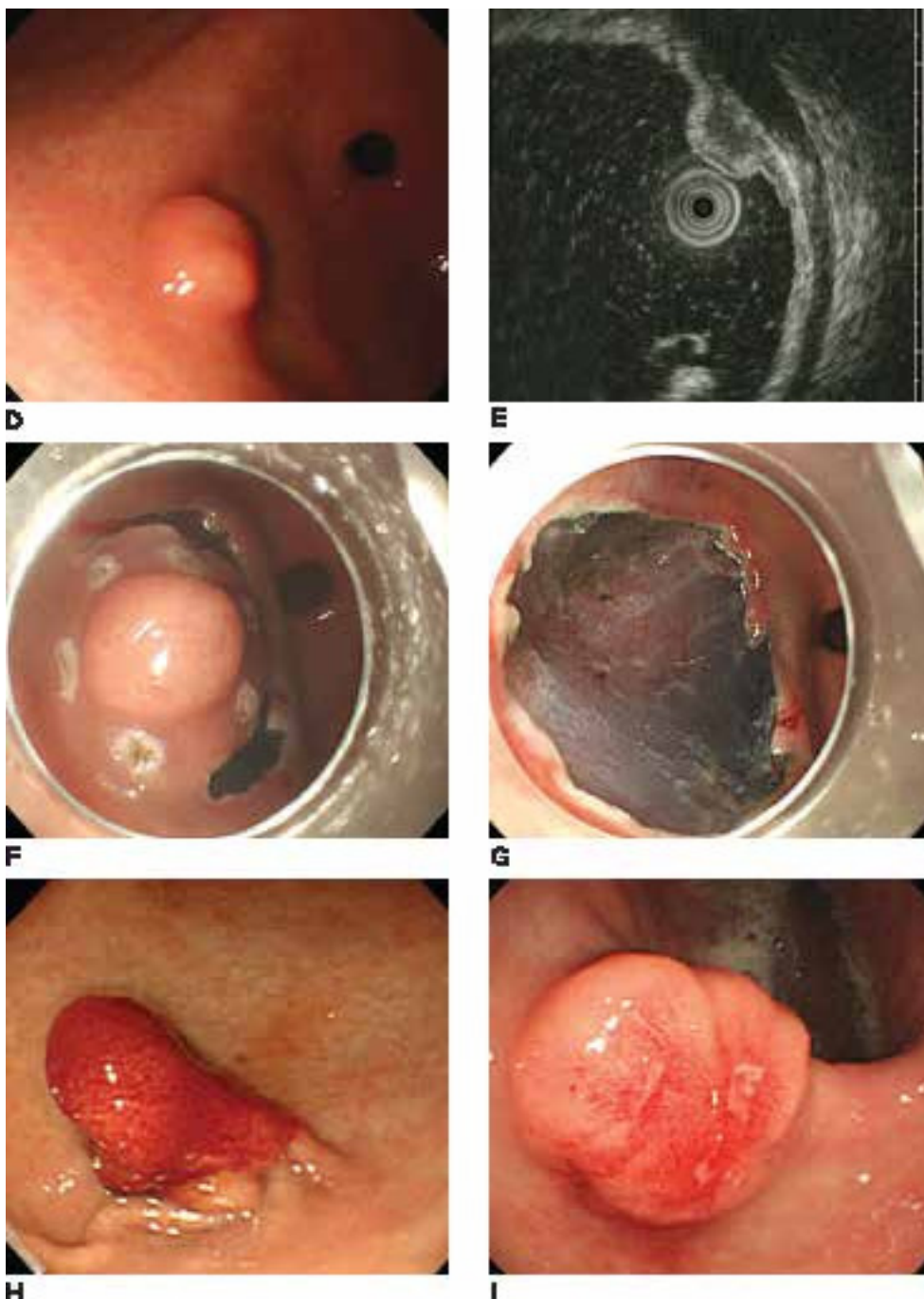


C, D, E. Khối u tế bào Schwann, kích thước lớn. Khối u dưới niêm mạc, kích thước 9 cm, có loét sâu vùng trung tâm, ở thân vị phía bờ cong nhỏ. Trên phim chụp CLVT có hình ảnh một khối lồi ra ngoài. Bệnh nhân được phẫu thuật, tổn thương được xác định là u tế bào Schwann với Actin (–), Desmin (–), S–100 (+), CD34(–) và C-kit (+, khu trú). **F, G, H.** Khối u dưới niêm mạc, kích thước 3 cm ở thân vị phía bờ cong nhỏ dạ dày. Bề mặt niêm mạc bình thường, không có loét. Bệnh nhân đã được phẫu thuật, chẩn đoán xác định là u tế bào schwann.

8. Polyp xơ viêm (Inflammatory fibrinoid polyp)

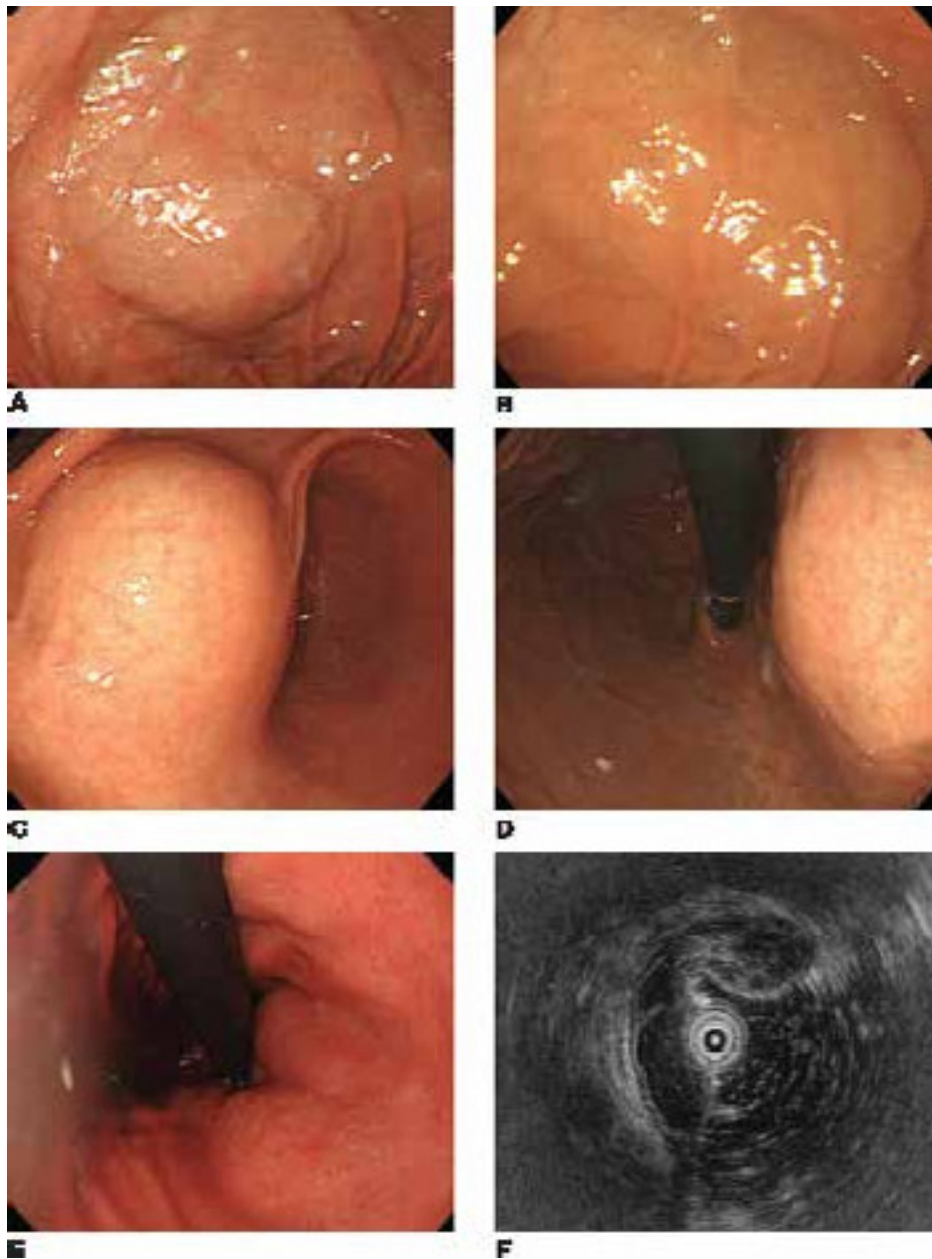
**A****B****C**

A, B, C. Polyp xơ viêm có kích thước lớn. Khối có kích thước 5,7 x 4,3 cm được phát hiện ở vùng môn vị. Bề mặt khối u có loét đều. Trên mô bệnh học chẩn đoán xác định là polyp xơ viêm, vì có CD34 (+) và Vimentin (+).

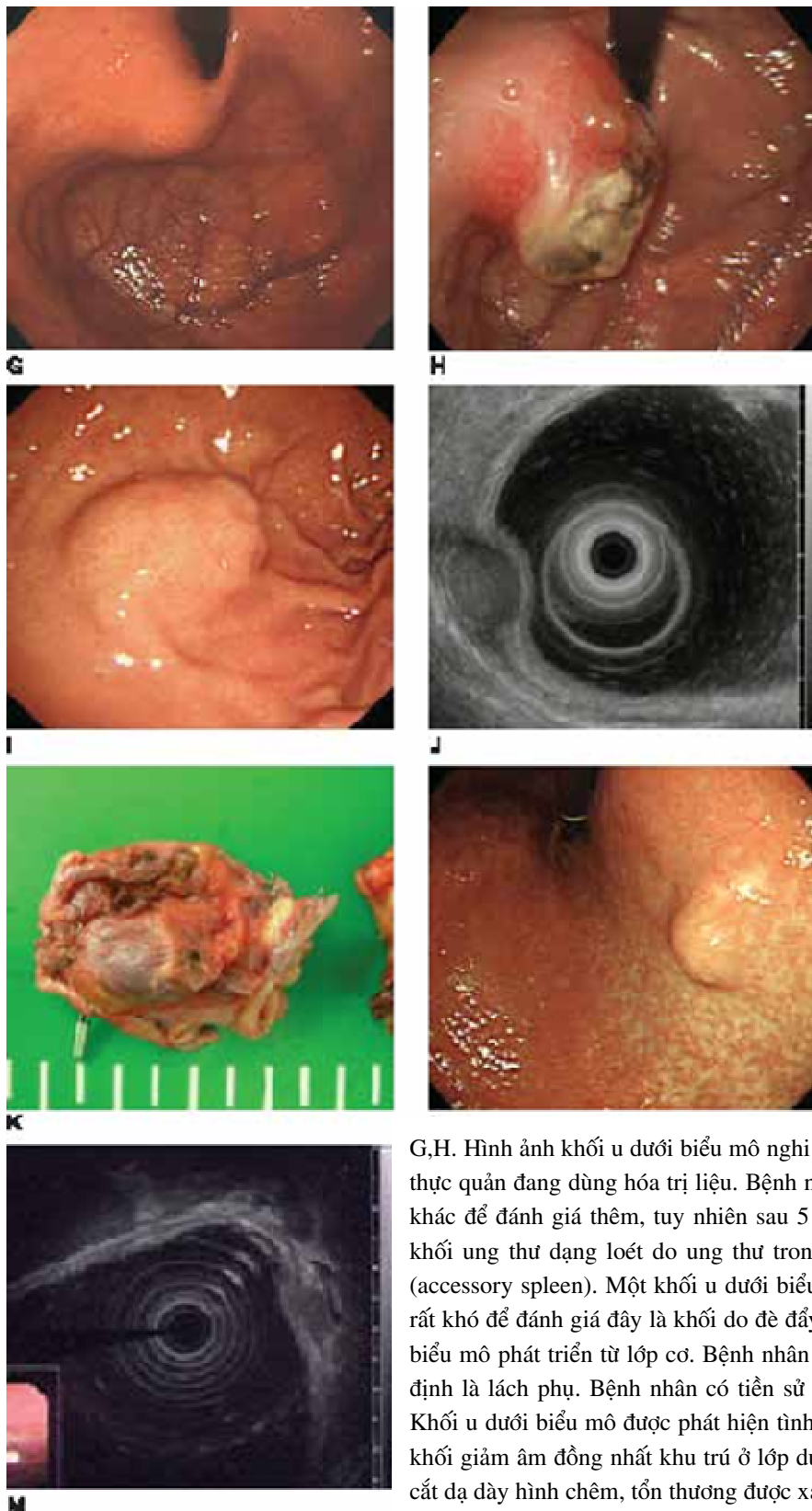


D, E, F, G. Cắt khối polyp xơ viêm qua nội soi. Trên siêu âm nội soi có hình ảnh khối giảm âm ở lớp dưới niêm mạc. Cắt đốt niêm mạc (EMR) khối u qua nội soi để làm mô bệnh học. **H.** Polyp xung huyết, phân loại Yamada type III, ở hang vị phía bờ cong lớn, sau khi cắt polyp qua nội soi, chẩn đoán xác định là polyp xơ viêm. **I.** Polyp phẳng, xung huyết, phân loại Yamada type II, bề mặt không đều, ở góc bờ cong nhỏ, sau khi cắt u qua nội soi chẩn đoán xác định là polyp xơ viêm.

8. Chẩn đoán phân biệt các khối u dưới niêm mạc dạ dày (Differential diagnosis of gastric submucosal tumors)



A,B. Hình ảnh do lách đèn từ ngoài, khối ở bờ cong lớn phía trên thân vị thay đổi theo nhịp thở và khi bơm khí. C. Hình ảnh khối lồi do túi mật to đè đẩy từ ngoài. D. Hình ảnh khối do tụy đè đẩy từ phía thành sau dạ dày. Các khối nhô lên do các cơ quan lân cận đè đẩy có đặc điểm đặc trưng là thay đổi hình dáng theo nhịp thở và tư thế, thậm chí “khối u” thấy chắc, không có dấu hiệu “ nếp gấp cầu nối” (bridging folds) hoặc lõm gối (pillow sign). E,F. U lympho, kích thước 4x3 cm, gồ nhẹ, phủ bởi niêm mạc bình thường. Trên siêu âm nội soi có hình ảnh một khối đồng nhất ở lớp dưới niêm mạc, có một phần xâm lấn lớp cơ. Khối u được nghi ngờ là GIST và được phẫu thuật nhưng kết quả xác định trên mô bệnh học là u lympho MALT, xâm lấn lớp dưới thanh mạc.

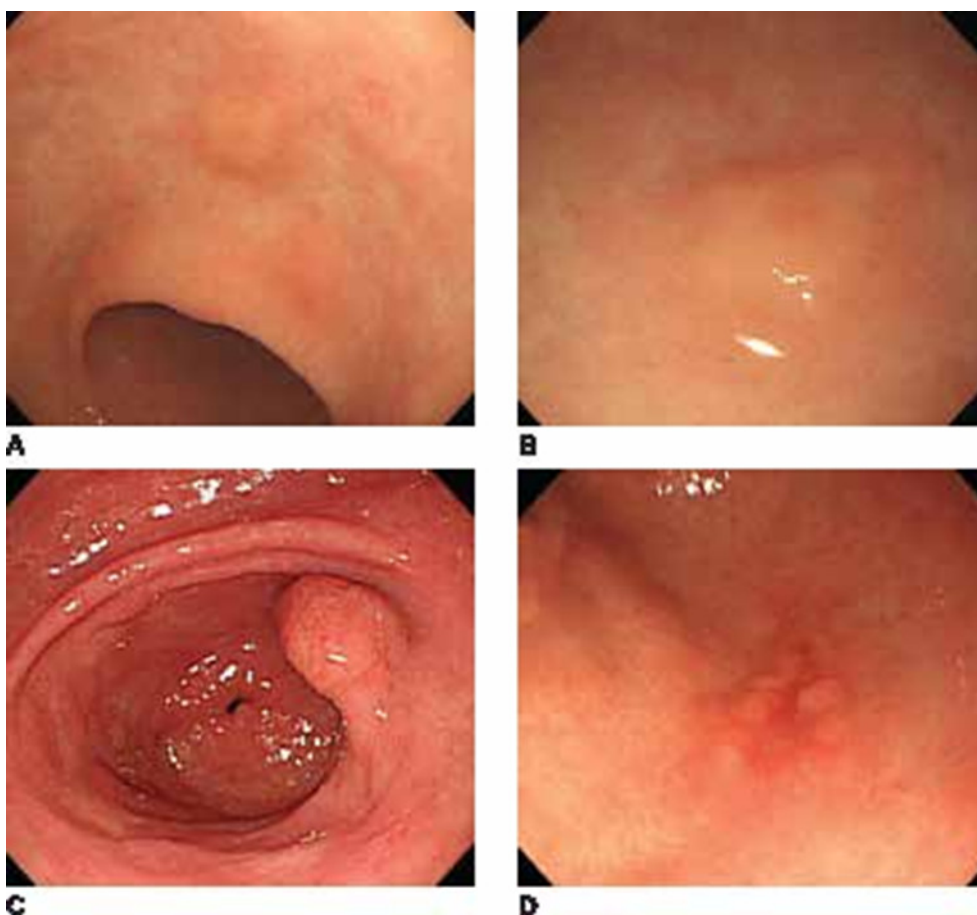


G,H. Hình ảnh khối u dưới biểu mô nghi ngờ ở vùng tâm vị trên bệnh nhân ung thư thực quản đang dùng hóa trị liệu. Bệnh nhân không được tiến hành các xét nghiệm khác để đánh giá thêm, tuy nhiên sau 5 tháng nội soi kiểm tra cho thấy hình ảnh khối ung thư dạng loét do ung thư trong thành dạ dày xâm lấn. I,J,K. Lách phụ (accessory spleen). Một khối u dưới biểu mô ở vùng đáy vị. Trên siêu âm nội soi, rất khó để đánh giá đây là khối do đè đẩy từ phía ngoài vào hay là một khối u dưới biểu mô phát triển từ lớp cơ. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, khối được xác định là lách phụ. Bệnh nhân có tiền sử chấn thương bụng do vật tù gây ra. L,M. Khối u dưới biểu mô được phát hiện tình cờ ở vùng bờ cong nhỏ thân vị. Hình ảnh khối giảm âm đồng nhất khu trú ở lớp dưới niêm mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày hình chêm, tổn thương được xác định là u hạt mạn tính do nhiễm ký sinh trùng giun tròn anisakiasis.

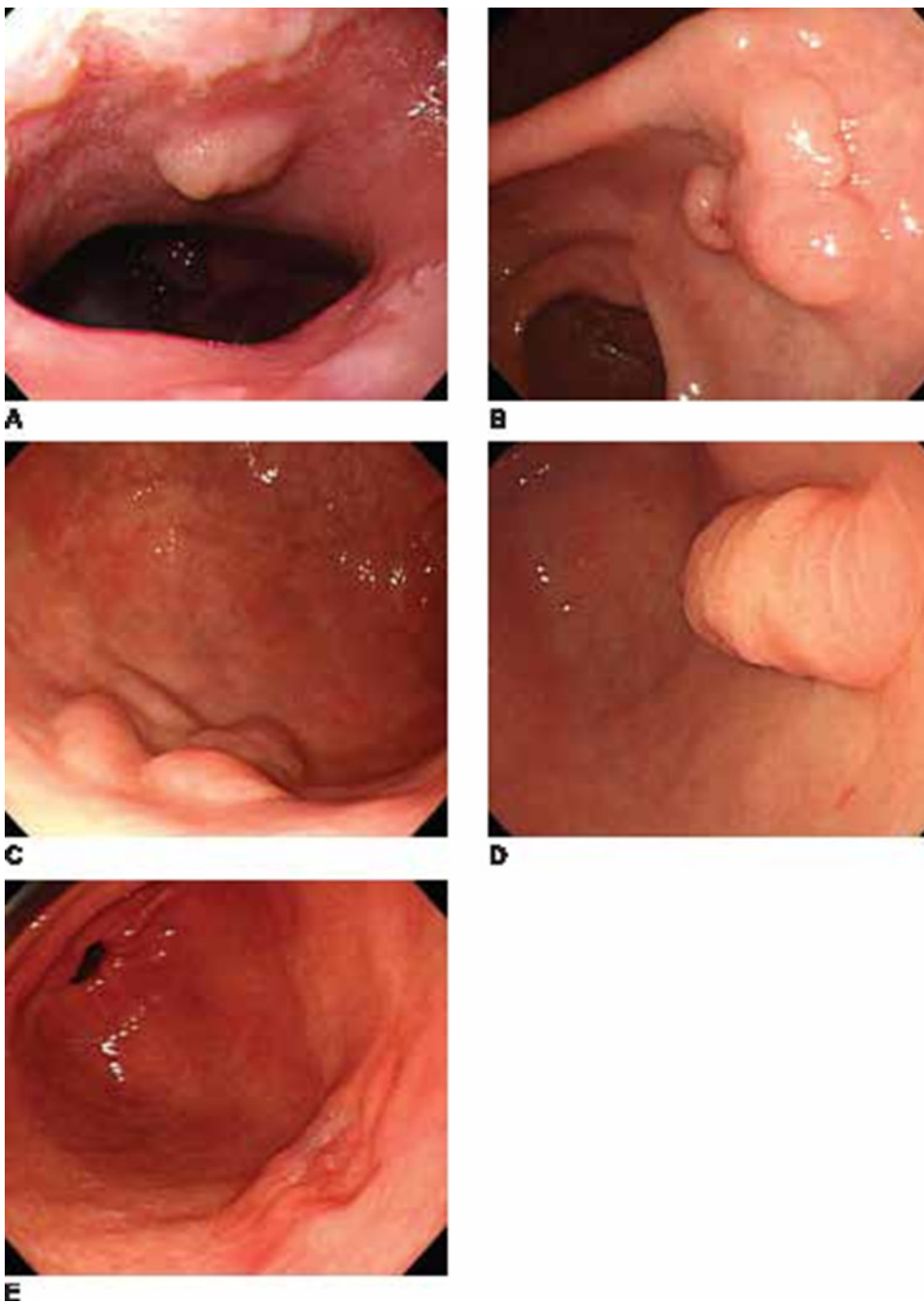
Các bệnh/tổn thương dạ dày lành tính

(Benign Gastric Lesions/Diseases)

U tuyến dạ dày (Gastric adenoma)



A, B. U tuyến dạng phẳng ở dạ dày. Tổn thương gồ nhẹ, màu nhợt điển hình của u tuyến loạn sản độ thấp ở hang vị dạ dày. **C.** U tuyến dạng polyp dạ dày. U tuyến có thể ở dạng polyp có cuống. Không giống như polyp tăng sản, polyp u tuyến không có ranh giới giữa phần đầu và cuống. Bề mặt polyp có biến đổi nhỏ dạng hạt. **D.** U tuyến dạ dày có bề mặt lõm, xung huyết, bờ không đều và cần phân biệt với ung thư dạ dày sớm. Dạng tổn thương này hay gặp là u tuyến loạn sản độ cao hơn là loạn sản độ thấp.

Lâm sàng

A. U tuyến loạn sản thấp type IIa ở ngay dưới đường Z. **B.** U tuyến nhô cao, chia múi, loạn sản độ cao. **C, D.** U tuyến ở 1/3 dưới dạ dày, chiếm trên 50% tổng số trường hợp, tương tự ung thư dạ dày sớm. Trong nhiều trường hợp, tổn thương kèm theo viêm teo vùng niêm mạc xung quanh. **E.** U tuyến dạ dày điển hình loại IIc+IIa có lõm ở giữa và bờ gồ. Tổn thương nghi ngờ ung thư sớm nhưng kết quả sinh thiết là u tuyến loạn sản độ thấp. Sau khi cắt hết niêm mạc (endoscopic mucosal resection), kết quả giải phẫu bệnh của tổn thương là loạn sản độ cao.

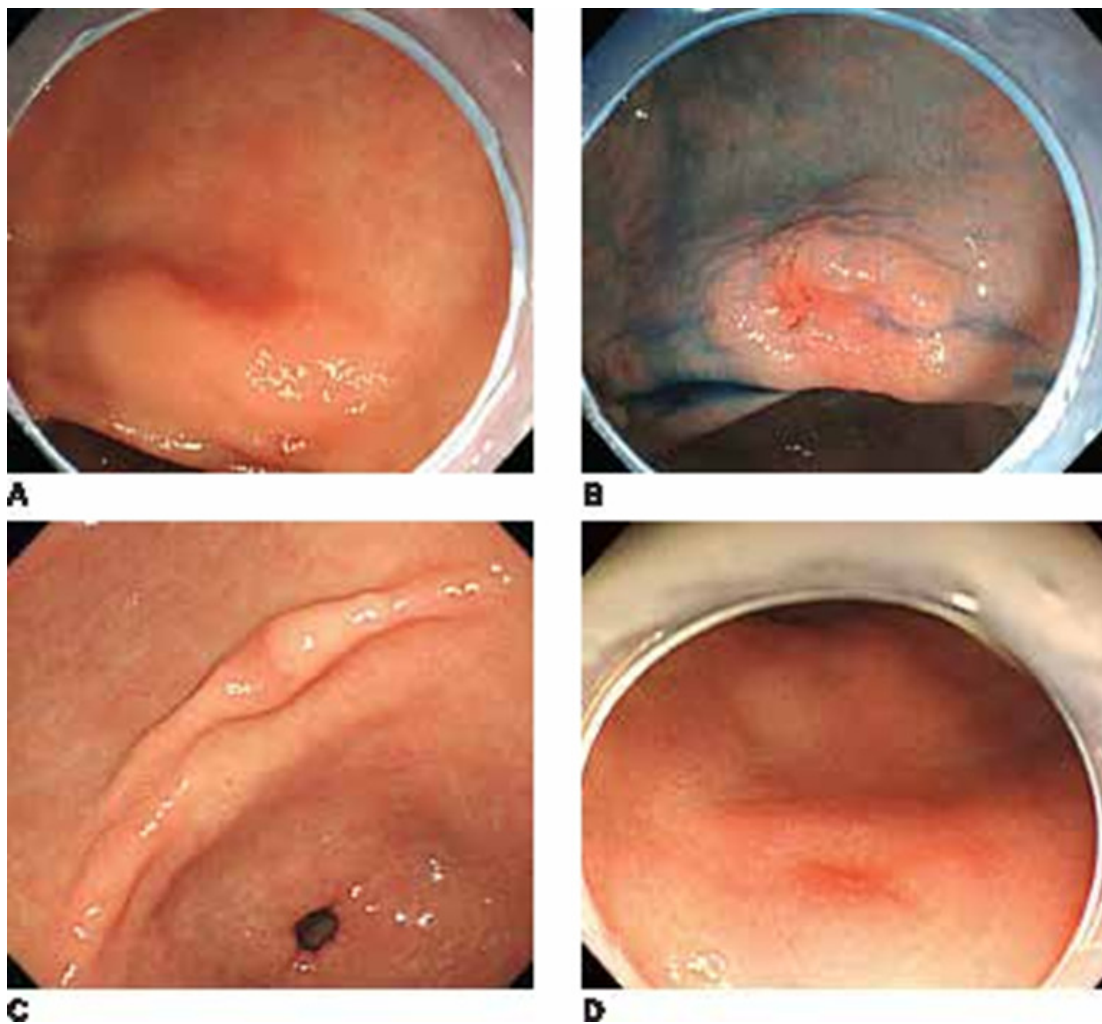
Chẩn đoán

**A****B****C****D**

A, B. Tổn thương lõm ở giữa và loét nông. Hình ảnh NBI cho ta thấy những thay đổi nhỏ trên bề mặt. Đã cắt tổn thương qua nội soi bằng phương pháp ESD, kết quả giải phẫu bệnh là loạn sản độ cao. U tuyến có tổn thương loét như vậy thì ít có khả năng là loạn sản độ thấp. **C, D.** Tổn thương phẳng và xung huyết nhẹ, nhìn rõ hơn khi nhuộm màu bằng indigocarmine.

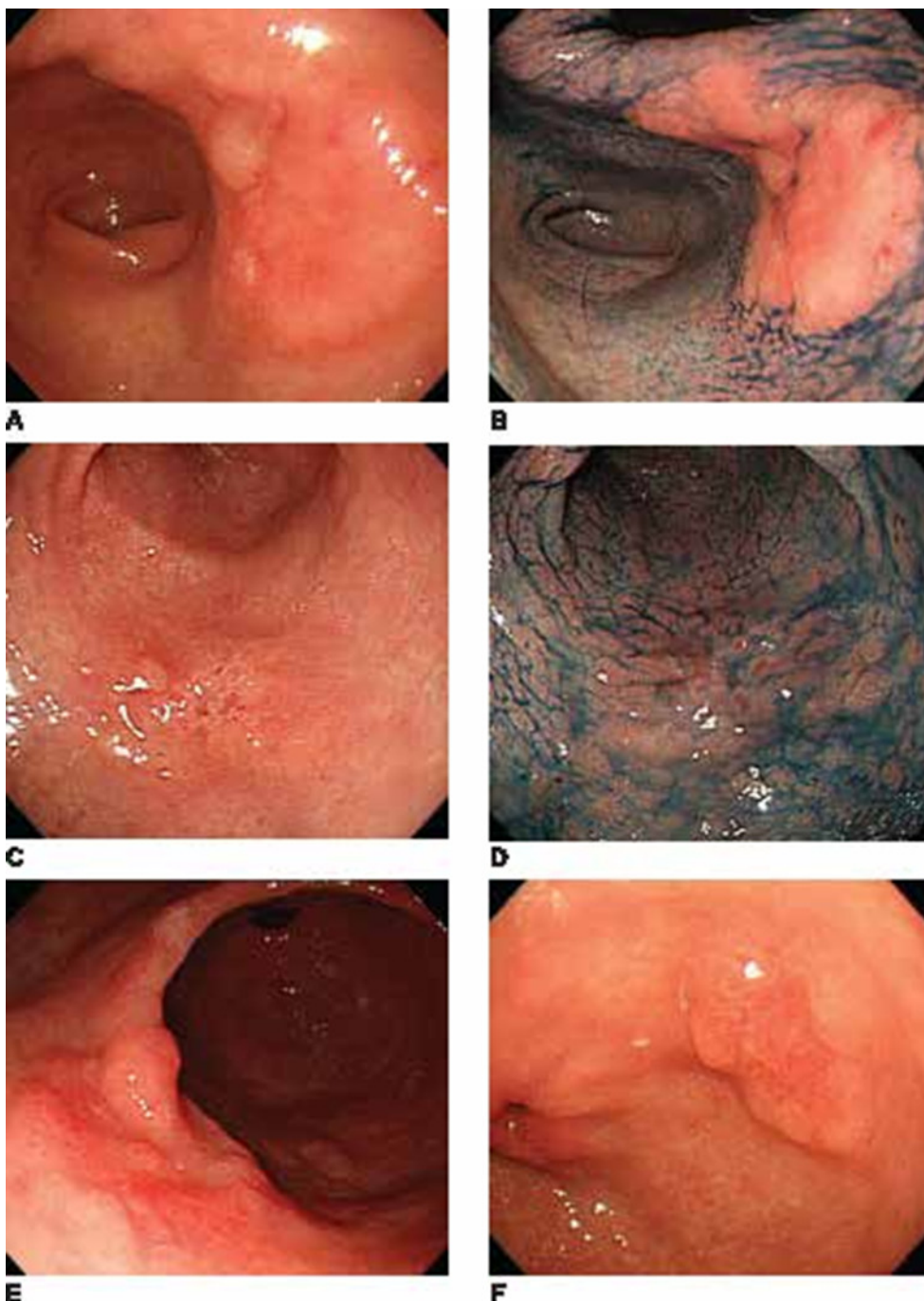
**E****F****G****H****I****J****K**

E, F. U tuyến dạ dày nhìn giống với ung thư tiến triển Bormann type 1. Khối u gồ cao và lõm ở giữa. Chẩn đoán xác định là loạn sản độ thấp trên bệnh phẩm sau cắt ESD. **G, H.** Dạng u tuyến có trợt. Tổn thương gồ nhẹ, dạng hạt nhỏ, có trợt, bề mặt phủ giả mạc. Chẩn đoán xác định trên bệnh phẩm sau cắt ESD là loạn sản độ thấp. **I.** U tuyến dạ dày có loét nhỏ dài, được chẩn đoán xác định là loạn sản độ cao trên bệnh phẩm sau làm ESD. **J, K.** U tuyến dạ dày có kích thước nhỏ 3 mm, khó có thể phân biệt tổn thương này với viêm teo dạ dày hoặc dị sản ruột ở dạ dày.

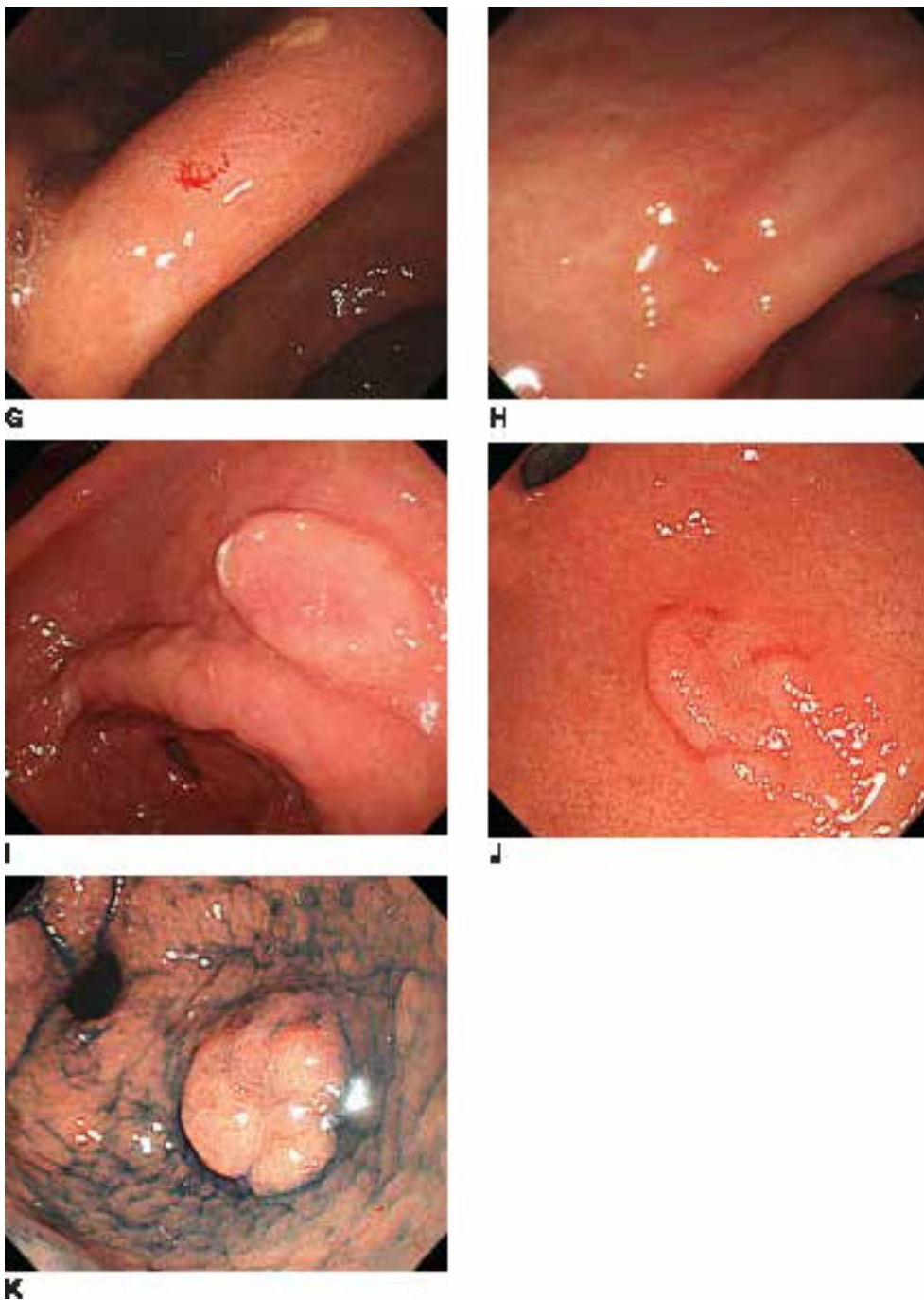
Hình ảnh nội soi

A, B. U tuyến loạn sản thấp có lõm bề mặt, hình ảnh nổi rõ khi nhuộm bằng indigocarmine.

C, D. U tuyến loạn sản độ thấp có trợt, bờ gồ.

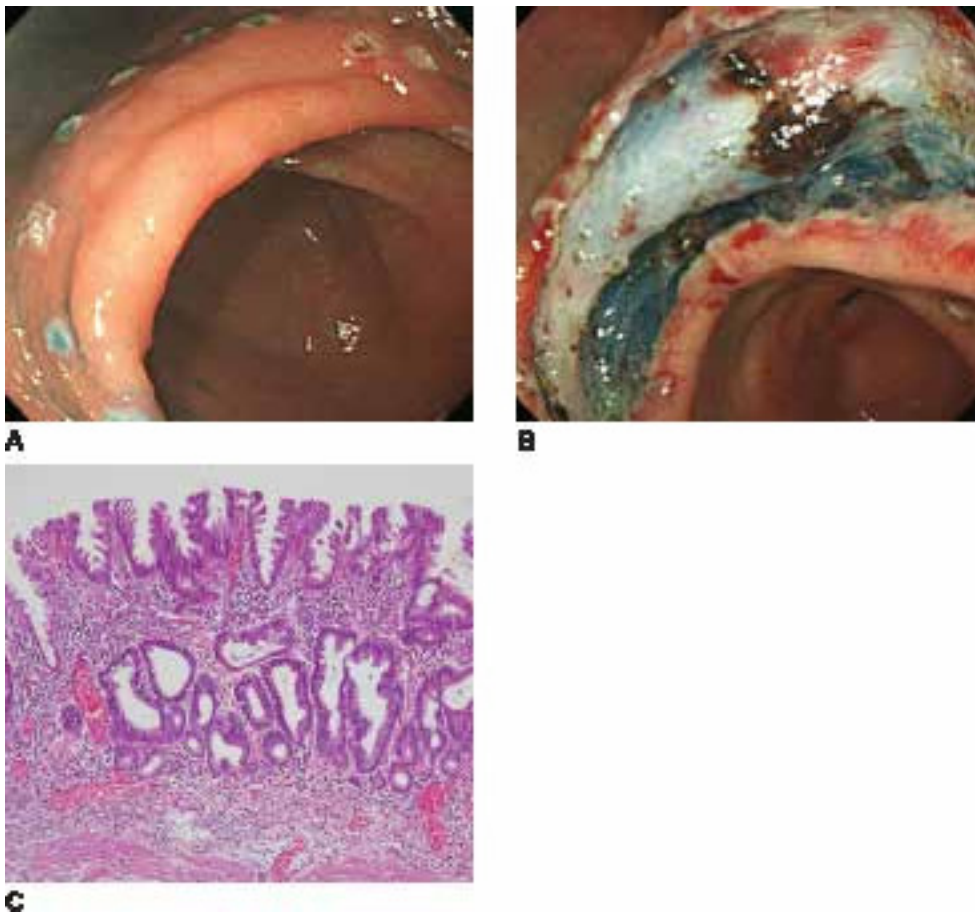


A, B. U tuyến loạn sản cao có đáy rộng, đồng nhất, nhìn rõ khi nhuộm bằng indigocarmine. Tổn thương đã được cắt dưới niêm mạc (ESD). **C, D.** Nhuộm màu giúp cho việc quan sát rõ tổn thương đặc biệt khi bờ tổn thương không rõ. U tuyến loạn sản cao được cắt bằng phương pháp EMR. **E, F.** Các dạng tổn thương loạn sản cao khác nhau. Ta không thể phân biệt tổn thương ung thư sớm type IIc và IIa trên hình ảnh nội soi thông thường. Cả hai tổn thương đều được cắt bằng phương pháp EMR.

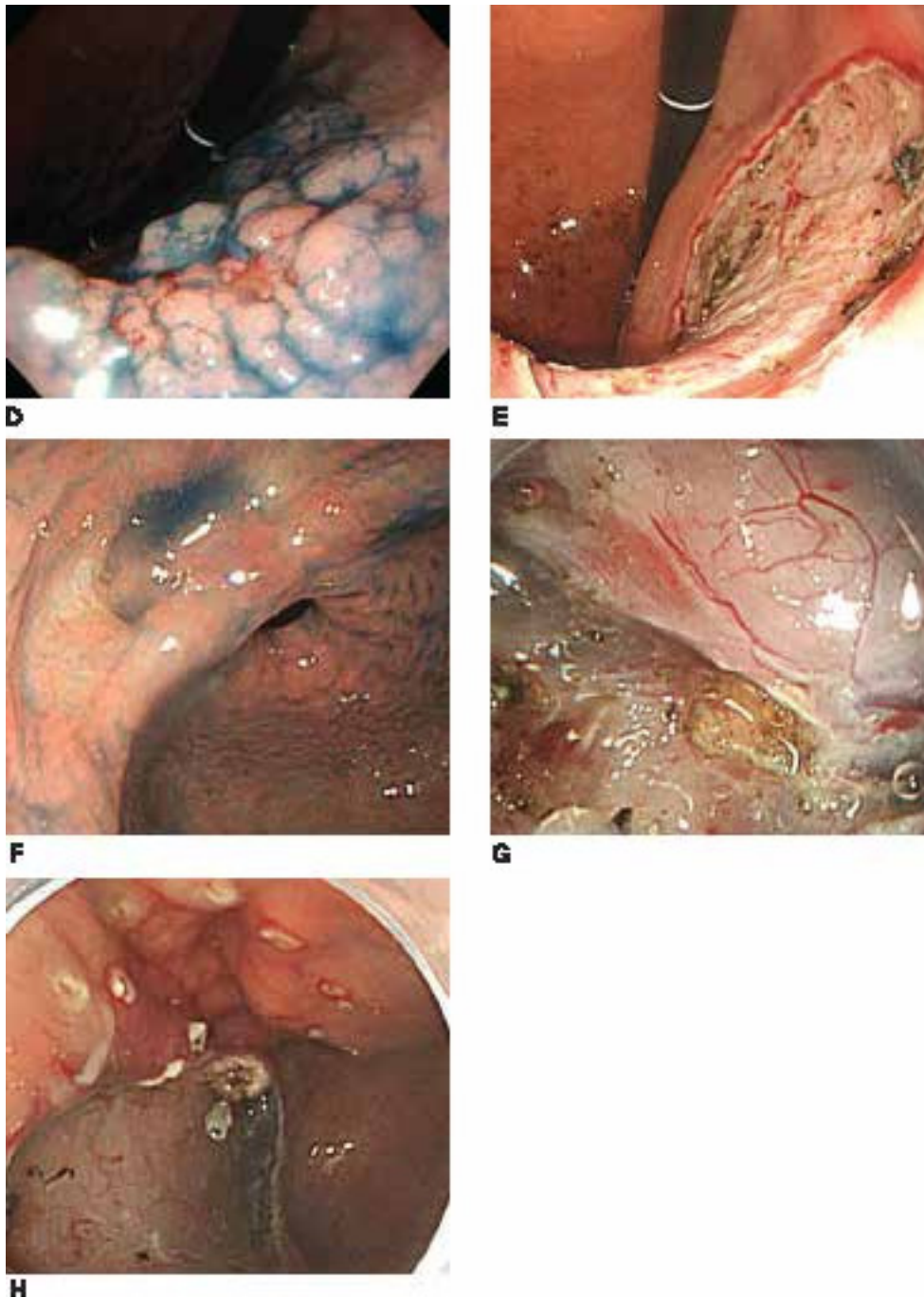


G, H. Không nên bỏ qua những tổn thương nhỏ trên bề mặt niêm mạc. Ta thấy tổn thương là những thay đổi nhỏ trên bề mặt niêm mạc, gồm có nốt lồi sần, chảy máu nhỏ, lõm/lõm, xung huyết nhẹ. Các tổn thương đều được xác định là u tuyến loạn sản cao. **I, J, K.** Tổn thương dạng phẳng, được xác định là u tuyến loạn sản cao, đã được cắt bằng phương pháp EMR.

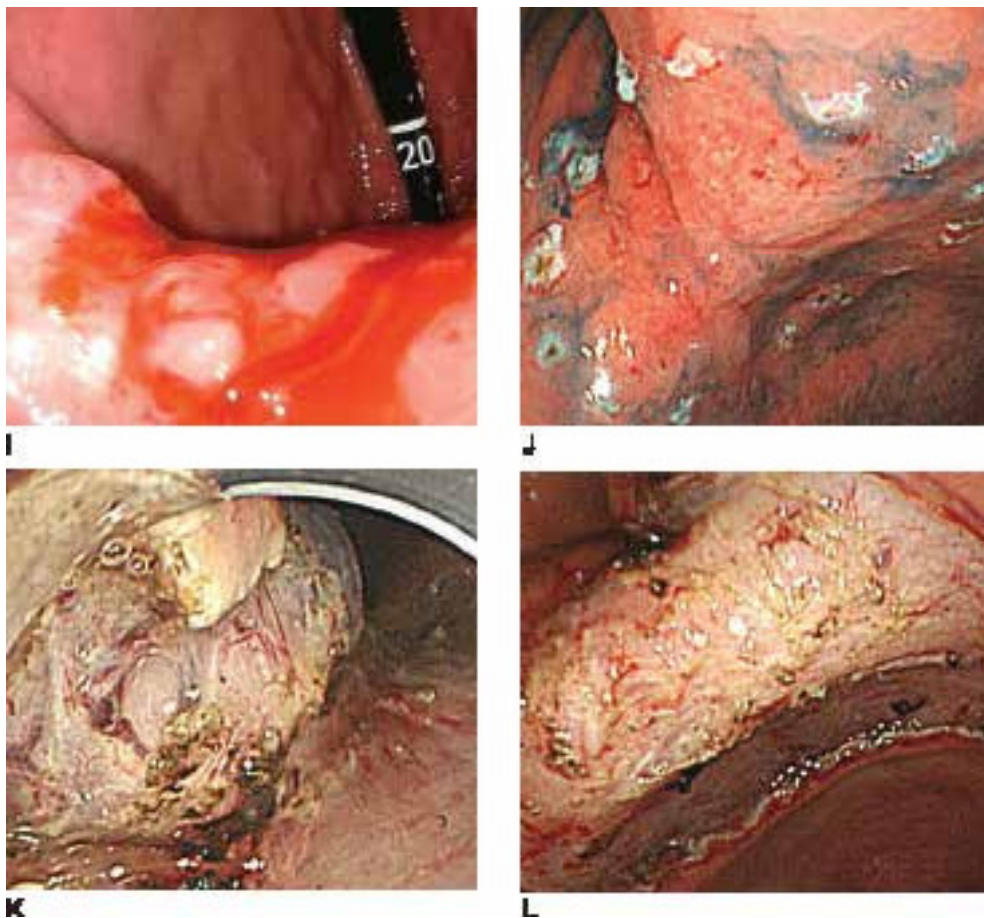
Điều trị



A, B, C. U tuyến răng cưa (Serrated adenomas) ở góc bờ cong nhỏ dạ dày, đã được cắt bằng phương pháp cắt dưới niêm mạc (ESD). Kết quả mô bệnh học là u tuyến răng cưa, đây là dạng hiếm gặp.

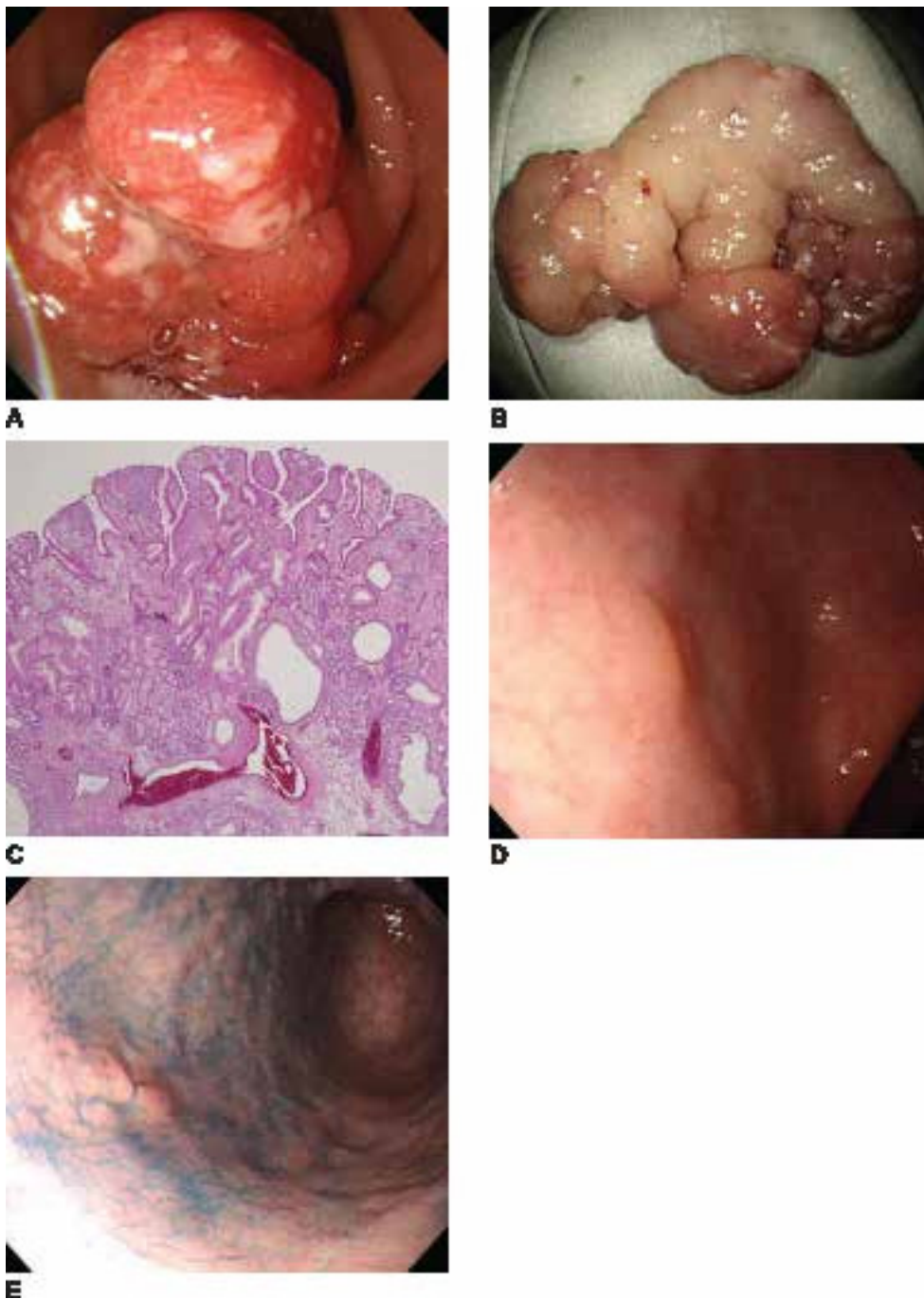


D, E. Có sự khác nhau về kết quả mô bệnh học trên mảnh sinh thiết và bệnh phẩm sau cắt qua nội soi. Ung thư dạ dày sớm có bề mặt lõm không đều ở thân vị dạ dày. Trên mảnh bệnh phẩm sinh thiết, nghi ngờ loạn sản cao hoặc u tuyến. Trên bệnh phẩm sau cắt ESD là u tuyến loạn sản thấp. **F, G, H.** Tổn thương loạn sản cao có sẹo ở hang vị dạ dày. Tổn thương được làm EMR nhưng thủ thuật thất bại do hình thành nhiều xơ sẹo sau nhiều lần sinh thiết, cuối cùng bệnh nhân đã phải phẫu thuật.



I, J, K, L. U tuyến loạn sản thấp ở góc bờ cong nhỏ. Khó cắt tổn thương qua nội soi do có xơ sẹo sau nhiều lần sinh thiết. Trên những tổn thương có thể cắt qua nội soi thì phải sinh thiết cẩn thận.

Chẩn đoán phân biệt



A, B, C. Polyp tăng sản kích thước lớn ở môn vị đã được cắt. Kết quả mô bệnh học là polyp tăng sản kết hợp với biến đổi kiểu u tuyến. **D, E.** Ung thư dạ dày sớm kém biệt hóa. Khi có nghi ngờ u tuyến hoặc ung thư biểu mô tuyến thì phải thăm khám cẩn thận bằng nhuộm màu và sinh thiết.