

đường hầm nên được kéo dài hơn.

Tỉ lệ còn sỏi ở trong gan sau khi tán lần đầu tiên là 8,6%, trong đó 2,9% NB sạch sỏi sau tán lần 2 và 5,7% NB sạch sỏi sau tán lần 3 (số lần tán sỏi trung bình $1,1 \pm 0,5$ lần). Trong các báo cáo liên quan, Nguyễn Hoàng Bắc (2007) lấy sỏi sót sau phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi có số lần lấy sỏi trung bình qua đường hầm ống Kehr là 2,2 lần (1 - 6 lần), trong đó, sỏi đường mật trong gan chiếm 77,4%.⁷ Phạm Như Hiệp 2,6 lần³, Lê Quan Anh Tuấn 4,5 lần⁵. Trong khi đó tỉ lệ sỏi sót ở các nước Âu Mỹ sau khi soi đường mật bằng ống soi mềm thấp hơn nhiều so với các báo cáo trong nước ta.⁸ Nguyên nhân là do sỏi đường mật ở Châu Âu chủ yếu là sỏi ống mật chủ và thường là sỏi thứ phát từ túi mật rơi xuống.⁸ Từ các nghiên cứu trong nước, khu vực và thế giới nêu trên cho ta thấy rằng với sỏi trong gan, đặc biệt nằm ở hai bên gan là yếu tố quan trọng để tiên lượng hiệu quả tán sỏi cũng như số lần tán sỏi. Vì vậy, chúng tôi, cũng như nhiều tác giả khác, khuyến cáo chụp phim cộng hưởng từ gan mật ở tất cả bệnh nhân sỏi sỏi đường mật trước khi can thiệp điều trị sỏi sỏi nhằm đánh giá vị trí, số lượng, kích thước và nhiều yếu tố quan trọng khác.^{3,4,5,7,8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện sau thủ thuật trung bình là $3,03 \pm 1,68$ ngày (ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 7 ngày), kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Như Hiệp và cộng sự (2005) với thời gian nằm viện trung bình là $8,2 \pm 7,4$ ngày.³

Hầu hết NB có kết quả điều trị ở mức tốt (91,4%), có 8,6% NB có kết quả điều trị ở mức độ trung bình.

V. KẾT LUẬN

Nội soi tán sỏi điện thủy lực qua đường hầm Kehr là phẫu thuật an toàn và hiệu quả với 91,4% NB sạch sỏi sau tán sỏi lần 1. Tất cả NB đều có đường hầm ống Kehr được thành lập tốt khi soi và không xảy ra tai biến trong hoặc sau mổ. 91,4% NB có kết quả điều trị tốt, không gặp trường hợp nào có kết quả xấu hoặc rất xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bảo Long, Phạm Đức Huân và Trịnh Quốc Đạt** (2020). Vị trí hiện nay của phẫu thuật trong điều trị sỏi mật, những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị sỏi mật, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Đoàn Thanh Tùng, Trần Bảo Long và Đỗ Kim Sơn** (1995). Sỏi mật sỏi ở Việt Nam: Kinh nghiệm của Bệnh viện Việt Đức qua 136 trường hợp trong hai năm 1990-1991.
3. **Phạm Như Hiệp, Nguyễn Thanh Nguyên, Phạm Văn Đóm và cộng sự** (2005). Lấy sỏi đường mật qua đường hầm ống Kehr, Báo cáo tổng kết khoa học và kỹ thuật đề tài Nghiên cứu ứng dụng khoa học công nghệ trong chẩn đoán và điều trị sớm bệnh sỏi mật, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 232-252.
4. **Anekar AA, Hendrix JM, Cascella M.** (2023). WHO analgesic ladder. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>.
5. **Lê Quan Anh Tuấn** (2019). Lấy sỏi mật qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm. Tạp chí Ngoại khoa và phẫu thuật nội soi Việt Nam, 2(9), 170-176.
6. **Park JH, Choi BI, Han MC, et al.** (1987). Percutaneous removal of residual intrahepatic stones. Radiology, 163(3), 619-623.
7. **Nguyễn Hoàng Bắc** (2007). Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 1-63.
8. **Oleaga JA, Perez MR, Freiman DB, et al.** (1979). Removal of a Distal Common Bile Duct Stone Through Percutaneous Transhepatic Catheterization. JAMA Surgery, 114(1), 107-109.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U TRUNG MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015-2021

Nguyễn Văn Phúc¹, Hoàng Minh Đức²,
Lê Văn Lập², Lê Tư Hoàng², Quách Văn Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

Đặt vấn đề: Các khối u trung mô trực tràng là một loại hiếm gặp của ung thư đường tiêu hóa, chiếm dưới 5% tổng số ung thư đường tiêu hóa. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị cũng như tiên lượng của những loại u này có nhiều điểm khác biệt với u biểu mô. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu; 30 bệnh nhân có khối u trung mô trực tràng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân, tỷ lệ giới tính là 43,3% nữ và 56,7% nam, với tuổi trung bình là 58,9 tuổi (32-

79). Các loại khối u được ghi nhận là: u mô đệm đường tiêu hóa (GIST): 19 ca (63,3%), u hắc tố ác tính: 9 ca (30%), u cơ trơn ác tính: 2 ca (6,7%). Biểu hiện của bệnh đa dạng, phong phú thường gặp nhất là ỉa máu (70%). Các phương pháp phẫu thuật được thực hiện: Cắt u qua đường hậu môn: 15 ca (50%), cắt trực tràng: 6 ca (20%), cắt đoạn trực tràng nối ngay: 8 ca (26,7%), làm hậu môn nhân tạo trên u: 1 ca (3,3%). **Kết quả sớm sau mổ:** hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ có 5 trường hợp 16,67%, biến chứng sau mổ, phân độ theo thang điểm Clavien-dindo là độ I. **Kết quả xa:** Có 28/30 bệnh nhân liên lạc được. Tỷ lệ sống sau 5 năm phẫu thuật là: GIST: 16/17 bệnh nhân (94,1%), u hắc tố ác tính: 5/9 bệnh nhân (55,6%), u cơ trơn ác tính: 2/2 bệnh nhân (100%). Có 6 bệnh nhân tử vong do tái phát hoặc di căn (21,4%), không có trường hợp tử vong do nguyên nhân khác. **Kết luận:** U trung mô trực tràng thường không có biểu hiện lâm sàng, cần lâm sàng đặc hiệu. U chủ yếu hay gặp là GIST (63,33%), u hắc tố ác tính (30%). Phẫu thuật điều trị các khối u trung mô trực tràng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã cho thấy kết quả ban đầu khả quan. **Từ khóa:** Điều trị phẫu thuật, khối u trung mô, trực tràng.

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH RECTAL MESENCHYMAL TUMORS AT VIETDUC HOSPITAL PERIOD OF 2015- 2021

Background: Rectal mesenchymal tumors are a rare subset of gastrointestinal cancers, accounting for less than 5% of all gastrointestinal cancers. Clinical and paraclinical manifestations, treatment and prognosis of these tumors are different from epithelial tumors. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 30 patients with rectal mesenchymal tumors who underwent surgery at Viet Duc Hospital between January 2015 and December 2021. **Results:** Among the 30 patients, 43.3% were female and 56.7% were male, with an average age of 58.9 years (ranging from 32 to 79 years). Tumor types identified were: Gastrointestinal stromal tumors (GIST): 19 cases (63.3%), Malignant melanoma: 9 cases (30%), Malignant leiomyosarcoma: 2 cases (6.7%). Symptoms of the disease are diverse and abundant, the most common is bloody stools. Surgical methods used: Local excision via the anus: 15 cases (50%), Rectal amputation: 6 cases (20%), cut the rectal segment immediately: 8 cases (26,7%), create an artificial anus on the tumor 1 cases (3,3%). **Early Results:** There were 5 cases of wound infection, accounting for 16,67% of complications, all occurring after open rectal resection. **Long-term Results:** Follow-up was successful for 28/30 patients. Survival rates after 5 years were: GIST: 16/17 patients (94.1%), Malignant melanoma: 5/9 patients (55.6%), Malignant leiomyosarcoma: 2/2 patients (100%) There were 6 deaths due to recurrence or metastasis (21.4%), and no deaths from other causes. **Conclusion:** Rectal mesenchymal tumors often have no specific clinical or paraclinical manifestations. The tumors are mainly Gist (63.33%), melanoma (30%). The surgical treatment of rectal mesenchymal tumors

at Viet Duc Hospital has shown promising initial results, particularly with minimally invasive techniques. However, variations in survival rates among different tumor types suggest the need for further follow-up and larger studies to confirm long-term outcomes.

Keywords: surgical treatment, mesenchymal tumors, rectal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung mô là một trường hợp ung thư hiếm gặp, chúng xuất hiện ở phần mô bao quanh nội tạng (mesothelioma). U trung mô trực tràng là một loại u hiếm gặp trong các khối u đường tiêu hóa, ít hơn nhiều u biểu mô (5% với 95%) bao gồm nhiều loại: u mô đệm dạ dày ruột (GIST - Gastrointestinal Stroma Tumour), u cơ trơn ác tính (Leiomyosarcoma), u mạch máu ác tính (Angiosarcoma), ung thư Kaposi (Kaposi's Sarcoma), u hắc tố ác tính (Melanoma Malignant). Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh, điều trị phẫu thuật hay tiên lượng cũng có những điểm khác biệt so với ung thư biểu mô. Do số lượng người bệnh không nhiều nên cũng ít các nghiên cứu trên thế giới và trong nước về nhóm u này. Do vậy, cần có nghiên cứu, tìm hiểu sự khác biệt này giúp cho việc điều trị bệnh nhân được tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán có khối u trung mô trực tràng và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Lựa chọn những bệnh nhân được chẩn đoán u trực tràng được điều trị phẫu thuật
- Có kết quả giải phẫu bệnh là u trung mô.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2021, chúng tôi đã thu thập theo dõi được 30 bệnh nhân u trung mô trực tràng được điều trị phẫu thuật, kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi trung bình là 58,9 tuổi, lớn nhất là 79 tuổi, nhỏ nhất là 32 tuổi.
- Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu có 13 nữ (chiếm 43,3%), 17 bệnh nhân nam (chiếm 56,7%).

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Ỉa máu	21	70%
Đau bụng	12	40%
Phân không thành khuôn	6	20%

Nhận xét: Ía máu là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 70%, triệu chứng đau bụng (40%).

Bảng 2. Đặc điểm phân loại u trung mô

Loại u	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ phần trăm (%)
GIST	19	63,3%
U hắc tố ác tính	9	30%
U cơ trơn ác tính	2	6,7%
U mạch máu ác tính	0	0%
Ung thư Kaposi	0	0%
Tổng	30	100%

Nhận xét: Trong 5 loại u trung mô gặp ở trực tràng, GIST gặp nhiều nhất với 19 bệnh nhân (63,3%), u hắc tố ác tính gặp ở 9 bệnh nhân (30%), u cơ trơn ác tính gặp 2 bệnh nhân (6,7%) và không gặp bệnh nhân nào mắc u mạch máu ác tính hay ung thư Kaposi được điều trị phẫu thuật.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Chẩn đoán hình ảnh	Khả năng phát hiện u	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Siêu âm ổ bụng (n=30)	Có	13	43,3%
	Không	17	56,7%
Cắt lớp vi tính (n=8)	Phát hiện u	8	100%
	Xâm lấn cơ quan lân cận	3	37,5%
	Di căn hạch	1	12,5%
Cộng hưởng từ (n=22)	Phát hiện u	21	95,5%
	Xâm lấn cơ quan lân cận	9	40,9%
	Di căn hạch	2	9,5%

Nhận xét: Có 13 bệnh nhân phát hiện u trên siêu âm ổ bụng chiếm 43,3%. Có 8 bệnh nhân chụp CT, tỉ lệ phát hiện u là 100%, trong đó có 3 bệnh nhân phát hiện xâm lấn cơ quan lân cận chiếm 37,5%, 1 bệnh nhân phát hiện có di căn hạch chiếm 12,5%. Trong số 22 bệnh nhân chụp cộng hưởng từ, có 21 bệnh nhân (95,5%) phát hiện u, có 9 bệnh nhân phát hiện xâm lấn cơ quan lân cận chiếm 40,9%, 2 bệnh nhân phát hiện di căn hạch chiếm 9,5%.

3.2. Chẩn đoán và phẫu thuật

Bảng 3. Phân loại u và phương pháp phẫu thuật

Phân độ	Cắt u qua đường hậu môn	Cắt cắt trực tràng	Cắt đoạn trực tràng nối ngay	Làm hậu môn nhân tạo trên u
GIST (n=19)	IA	10	0	0
	IB	1	0	3
	II	0	0	3
	IIIA	0	2	0

Tỉ lệ (%)	73,3%	33,3%	75%	-
U hắc tố ác tính (n=9)	I	3	0	0
	IIA	0	3	1
	IIIA	0	1	0
	IIIC	0	0	0
Tỉ lệ (%)	20%	66,7%	12,5%	-
U cơ trơn ác tính (n=2)	1	0	1	0
Tổng	15	6	8	1

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được sắp xếp mổ phiến. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ yếu tập trung phân loại giai đoạn của 2 loại u trung mô gặp nhiều nhất là GIST và u hắc tố trực tràng. Đối với GIST trực tràng, đa số khối u ở giai đoạn sớm IA, kích thước u < 5cm chiếm tỉ lệ 52,6%, có 11/15 ca GIST trực tràng mổ cắt u qua đường hậu môn. Trên nhóm bệnh nhân u hắc tố trực tràng, đa số u ở giai đoạn IIA chiếm 44,4%, đa số u hắc tố được phẫu thuật cắt trực tràng chiếm 66,7% số ca cắt cắt, 01 ca u hắc tố xâm lấn rộng làm hậu môn nhân tạo trên u.

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật và số ngày nằm viện trung bình

Phương pháp phẫu thuật		Thời gian phẫu thuật (phút)	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)
Cắt u qua đường hậu môn (n= 15)		53,3±15,2	8,2±2,4
Phẫu thuật nội soi (n=5)	Cắt cắt trực tràng (n=1)	240	12
	Cắt đoạn trực tràng nối ngay (n=4)	217±15	12,3±3,1
Mổ mở (n=10)	Cắt cắt trực tràng (n=5)	232±12,1	11±2,3
	Cắt đoạn trực tràng nối ngay (n=4)	172,5±28	12,5±5
	Làm hậu môn nhân tạo trên u (n=1)	150	10

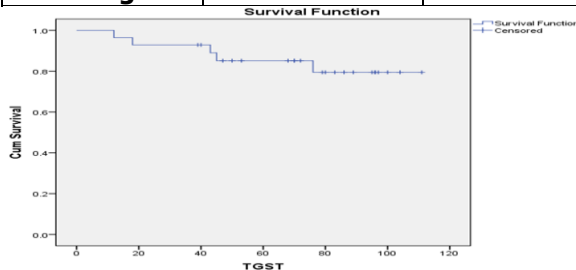
Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình cắt u qua đường hậu môn là ngắn nhất khoảng 53,3 phút. Thời gian nằm viện của phẫu thuật cắt u qua đường hậu môn là ngắn nhất 8,2 ngày. Cho thấy sự khác biệt và tiên lượng tốt ở những bệnh nhân cắt u qua đường hậu môn.

3.3 Biến chứng sau mổ: hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ có 5 trường hợp, chiếm 16,67%, phân độ Clavien-dindo là độ I, cả 5 trường hợp sau mổ mổ cắt đoạn trực tràng.

3.4 Kết quả xa: Có 28/30 bệnh nhân liên lạc được.

Bảng 4. Tình trạng bệnh nhân

Tình trạng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Sống	22	73,3%
Chết	6	20%
Mất tin	2	6,7%
Tổng	30	100

**Biểu đồ 1: Xác suất sống thêm toàn bộ trung bình nhóm nghiên cứu**

Tỷ lệ bệnh nhân sống còn trên ở nhóm bệnh nhân liên lạc được là 73,3%. Trong 22 bệnh nhân còn sống, GIST chiếm tỉ lệ sống trên 3 năm cao nhất với 84,2%. U hắc tố ác tính có 44,4%, u cơ trơn ác tính có 9,1% bệnh nhân còn sống trên 3 năm. Sử dụng phương pháp tính tỉ lệ sống thêm tại các thời điểm và thiết lập đường cong sống của Kaplan- Meier, chúng tôi thu được kết quả như sau: Tỷ lệ sống tích lũy tại thời điểm 12 tháng 96,7%, 36 tháng là 93,3% và 60 tháng là 86,7%.

Bảng 5. Thời gian sống thêm tính theo từng loại u

Loại u	Thời gian (tháng)
GIST	72,53 ± 21,89
U hắc tố ác tính	70,78 ± 37,80
U cơ trơn ác tính	75 ± 31,11
Trung bình	71,75 ± 26,7

Trong 28 bệnh nhân liên hệ được sau mổ, thời gian sống thêm trung bình với các bệnh nhân có giải phẫu bệnh là GIST trực tràng là 72,53 tháng, với bệnh nhân chẩn đoán là u hắc tố ác tính là 70,78 tháng và u cơ trơn ác tính có thời gian sống thêm trung bình là 75 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của u trung mô.

U trung mô trực tràng thường được chẩn đoán muộn do triệu chứng không rõ ràng. Bệnh nhân thường nhập viện với triệu chứng ỉa máu (70%), đau bụng (40%). Triệu chứng mệt mỏi, sốt và gầy sút chỉ chiếm 16,7%. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi chẩn đoán bệnh dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ cao (22/30 bệnh nhân), với thời gian mắc bệnh trung bình là $3,12 \pm 4,4$ tháng, thấp hơn so với nghiên cứu của Won Young Chae năm 2016 trên 28 bệnh nhân u hắc tố ác tính của trực tràng với thời gian mắc bệnh

đến lúc phẫu thuật trung bình là 5 tháng. So với khối u khác ở trực tràng, các triệu chứng của u trung mô xuất hiện muộn hơn khi u ở giai đoạn muộn gây loét, chèn ép, dẫn đến tỷ lệ chẩn đoán muộn cao.

So với các nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Judson và cộng sự chỉ ra xuất huyết tiêu hóa xảy ra trong 70% trường hợp u trung mô, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Ian và Anusha, triệu chứng đau bụng ở bệnh nhân GIST thường chiếm tỷ lệ cao hơn (45-65%) so với kết quả của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự khác biệt trong cách tiếp cận chẩn đoán và phân tích dữ liệu ở các khu vực khác nhau. Các nghiên cứu toàn cầu thường báo cáo tỷ lệ chẩn đoán muộn cao hơn do triệu chứng không điển hình, muộn, điều này cũng giống như trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng và giải phẫu bệnh của u trung mô trực tràng. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc xác định u trung mô trực tràng. Chụp cắt lớp vi tính (CT) cung cấp thông tin về kích thước và mức độ xâm lấn của khối u, nhưng có hạn chế trong đánh giá di căn hạch. Chụp cộng hưởng từ (MRI) khắc phục điểm yếu của CT, cho phép đánh giá chính xác hơn sự xâm lấn và di căn của u. Siêu âm nội soi (EUS) có giá trị cao trong việc định vị và sinh thiết khối u, với độ nhạy lên tới 89%, tuy nhiên, vẫn chưa đưa vào sử dụng rộng rãi, việc phát hiện các khối u nhỏ vẫn gặp khó khăn.

Nội soi ống mềm, đặc biệt là nội soi đại tràng, có thể phát hiện u trung mô, nhưng không thể phân biệt chính xác loại u do sự phát triển từ lớp cơ hoặc dưới niêm mạc. Các u ở giai đoạn sớm đều ở dưới niêm mạc, khi ở giai đoạn muộn xâm lấn qua niêm mạc tạo nên các tổn thương loét sùi. Tất cả bệnh nhân đều phát hiện qua nội soi đại tràng.

Giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch (HMMD) đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán và phân loại u trung mô. HMMD giúp phân biệt giữa các loại u và xác định đặc tính ác tính của chúng. Mặc dù giải phẫu bệnh nhuộm H.E vẫn là tiêu chuẩn vàng, HMMD cung cấp thông tin bổ sung quan trọng để định hướng điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25/30 bệnh nhân được làm hóa mô miễn dịch, các dấu ấn miễn dịch đóng vai trò quyết định trong việc xác định loại u trung mô và hướng điều trị. Theo tác giả Nguyễn Văn Mão năm 2007:

GIST (U mô đệm dạ dày ruột): CD117 (c-

KIT): Dương tính ở 90% trường hợp, là dấu ấn chính giúp xác định loại u này. CD34: Dương tính 70%, hỗ trợ phân loại và phân độ mô học. DOG1: Dương tính ở khoảng 80%, cung cấp thông tin về mức độ ác tính.

U hắc tố ác tính: S-100: Dương tính trong 100% các trường hợp u hắc tố, là dấu ấn chính để xác định. HBM45: Dương tính 85%, giúp phân biệt với các loại u khác. Ki67: Dùng để đánh giá mức độ phân chia tế bào, thường cao trong u hắc tố ác tính.

U cơ trơn ác tính: Desmin: Dương tính trong 80% các trường hợp, đặc trưng cho u cơ trơn. Actin: Dương tính trong 75% các trường hợp, hỗ trợ phân loại u cơ trơn ác tính.

Nhuộm hóa mô miễn dịch xác định được 15 ca GIST (60%), 8 ca u hắc tố ác tính (32%), 2 ca u cơ trơn ác tính (8%).

4.3. Phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị u trung mô ở trực tràng

Phương pháp phẫu thuật u trung mô ở trực tràng: Ở những trường hợp u nhỏ, thấp, u ở giai đoạn sớm, phẫu thuật cắt u tại chỗ được áp dụng, trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật cắt u tại chỗ chiếm ưu thế với 50% tổng số ca, tiếp theo là phẫu thuật nội soi (16,7%) và mổ mở (33,3%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 1 ca (3,3%) gặp tổn thương phức tạp đã được chỉ thăm dò sinh thiết, làm hậu môn nhân tạo trên u. Có 6 trường hợp u giai đoạn xâm lấn cắt cụt trực tràng, 8 trường hợp cắt đoạn trực tràng nối ngay.

Kết quả sớm sau mổ: Kết quả cho thấy 100% bệnh nhân ra viện, không có tử vong hoặc biến chứng nặng phải mổ lại. Trong nghiên cứu có 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 16,7%, nhiễm trùng tiết niệu và nhiễm trùng đường hô hấp chiếm lần lượt là 10% và 6,7%. Tất cả bệnh nhân có biến chứng, đánh giá theo thang điểm Clavien- Dindo là độ I. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân được mổ cắt u qua đường hậu môn, phẫu thuật nội soi, mổ mở lần lượt là 8 ngày, 10 ngày, 12 ngày. Thời gian có trung tiện là 2,87 ngày, thời gian lưu sonde tiểu là 1,73 ngày.

Kết quả xa: Theo dõi 28/30 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ sống trên 3 năm là 73,3%, với thời gian sống trung bình là $71,75 \pm 26,7$ tháng. Đối với GIST trực tràng, thời gian sống trung bình là 72,53 tháng, các bệnh nhân u hắc tố ác tính có thời gian sống trung bình là 70,78 tháng, với tỷ lệ sống thấp hơn do tính chất ác tính cao của u. Có 2 ca u cơ trơn ác tính (Leiomyosarcoma) với thời gian sống trung bình 75 tháng. các tác giả

thể giới cũng khuyến cáo rằng kích thước u càng nhỏ, chỉ số phân bào càng thấp sẽ cho tiên lượng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

U trung mô trực tràng thường không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu. Triệu chứng hay gặp nhất là ỉa máu chiếm 70%. Chẩn đoán dựa vào chẩn đoán hình ảnh bao gồm CT, MRI hay nội soi đại trực tràng. Vai trò của hóa mô miễn dịch rất quan trọng, giúp xác định nguồn gốc u không biệt hoá, phân biệt các tổn thương gần giống nhau, phân độ mức độ ác tính của khối u. Nhuộm hóa mô miễn dịch xác định được 15 ca GIST (60%), 8 ca u hắc tố ác tính (32%), 2 ca u cơ trơn ác tính (8%).

Có 15 bệnh nhân cắt u qua đường hậu môn, 5 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, 10 bệnh nhân mổ mở. Các cuộc phẫu thuật đều an toàn, không có biến chứng tử vong sau mổ, tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp. Kết quả xa khả quan, thời gian sống thêm trung bình là $71,75 \pm 26,7$ tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Heinrich, M. C., et al.** (2008). "Gastrointestinal stromal tumors (GISTs): American experience and the global view." *Journal of Clinical Oncology*.
2. **Nishida, T., et al.** (2013). "Surgical management of GISTs in the era of imatinib." *World Journal of Gastroenterology*.
3. **Phạm Gia Anh** (2022). Đặc điểm lâm sàng ung thư ống tiêu hóa không thuộc biểu mô được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong 10 năm. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Văn Mão** (2007), Nghiên cứu mô bệnh học và hóa mô miễn dịch u mô đệm ác tính ống tiêu hóa, Luận văn tốt nghiệp nội trú, Đại học Y Hà Nội.
5. **Annicchiarico A, Montali F, Baldinu M, Casali L, Virgilio E, Costi RJJoSO.** Leiomyosarcoma of the rectum: A systematic review of recent literature. 2024;129(2):365-380.
6. **Ni Q, Shang D, Peng H, et al** (2013). Primary angiosarcoma of the small intestine with metastasis to the liver: a case report and review of the literature; 11:1-8.
7. **Khan M, Bucher N, Elhassan A, et al** (2014). Primary anorectal melanoma ;7(1):164-170.
8. **Nguyễn Ngọc Hùng** (2002), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị phẫu thuật u dạ dày có nguồn gốc không từ biểu mô tại bệnh viện Việt Đức (giai đoạn 1995-2002)", Luận văn tốt nghiệp nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. **You YN, Hardiman KM, Bafford A, et al** (2020). The American society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of rectal cancer ;63(9):1191-1222.
10. **Miettinen, M., Lasota, J.** (2006). "Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites." *Seminars in Diagnostic Pathology*.