

# NGHIÊN CỨU MÔ BỆNH HỌC ĐẶC ĐIỂM XÂM NHẬP CỦA UNG THƯ DẠ DÀY VÀO THÀNH DẠ DÀY PHÍA TRÊN U

**DƯƠNG HOÀNG HẢO - Bệnh viện Ung bướu Hà Nội**  
**TRỊNH QUANG DIỆN - Bệnh viện K**

## TÓM TẮT

Qua nghiên cứu các diện cắt cách bờ trên u 3 cm và 5 cm của 125 ung thư biểu mô dạ dày, tác giả đã thu được kết quả sau:

Tỷ lệ còn tổ chức ung thư ở đường cắt cách bờ trên u 3cm và 5cm tương ứng là 20,8% và 10,4%.

Tỷ lệ còn tổ chức ung thư ở đường cắt 3cm và 5cm cao hơn ở tấp lan toả so với tấp ruột (28,3% so với 16,5% và 15,2% so với 7,6%), ở những Carcinôm không biệt hoá, carcinôm tuyến nhầy và carcinôm tế bào nhầy so với carcinôm tuyến ống (36,8%, 37,5%, 26,3% so với 9,7% ở diện cắt 3cm và 21,1%, 18,8% và 10,5% so với 3,2% ở diện cắt 5cm), ở những khối u có đường kính > 2cm và ≤ 5cm so với các khối u ≤ 2cm (27% so với 7,1% ở diện cắt 3cm và 14,3% so với 0% ở diện cắt 5cm), ở những carcinôm xâm nhập thanh mạc so với những carcinôm chỉ xâm nhập niêm mạc hoặc hạ niêm mạc và cơ hoặc dưới thanh mạc và cuối cùng ở những carcinôm gây di căn từ 5 đến 15 hạch so với các u chưa có di căn hạch (4,7% so với 11,4% ở diện cắt 3cm và 16,7% so với 4,5% ở diện cắt 5cm).

Từ khóa: ung thư biểu mô dạ dày.

## SUMMARY

*"The Study of Pathology on The penetrate characteristic of stomach cancer to the wall of stomach over the tumor"*

Studying the border over the tumor 3cm and 5cm of 125 cases of the stomach cancer, we have some results:

The rate of remain cancer at the border over the tumor 3cm and 5cm are 20.8% and 10.4%.

The rate of remain cancer at the border over the tumor 3cm and 5cm for diffusion type more than intestine type (28.3% vs. 16.5% and 15.2% vs. 7.6%); for undifferentiated cancer, mucus adenoma- carcinoma and carcinoma of the ringet cell vs. adenoma-carcinoma (36.8%, 37.5%, 26.3% vs. 9.7% for the border over 3cm of the tumor and 21.1%, 18.8% and 10.5% vs. 3.2% for the border 5cm over the tumor), For the tumor with size > 2cm and ≤ 5cm vs. the tumor size < 2cm (27% vs. 7.1% at the border 3cm over the tumor and 14.3% vs. 0% at the border 5cm over the tumor), for the carcinoma penetrate the serous vs. the carcinoma penetrate the mucus, sub mucus and myo and at last for the carcinoma metastases from 5 to 15 nodes vs. the carcinoma have not metastases (4.7% vs. 11.4% at the border 3cm over the tumor and 16.7% vs. 4.5% at the border 5cm over the tumor).

Keywords: stomach cancer.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh thường gặp ở Việt Nam, đứng thứ 2 trong số các bệnh ung thư (UT) [Phạm Hoàng Anh (2001)], có tỷ lệ tử vong cao. Việc điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Tiên lượng sau mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó sự xâm nhập vào thành dạ dày phía trên u có liên quan đến việc lựa chọn đường cắt thích hợp để đảm bảo diện cắt không còn tế bào ung thư nhưng lại có thể bảo tồn tối đa phần dạ dày còn lại.

Đã có một số công bố về tỷ lệ còn tế bào UT tại các diện cắt khác nhau nhưng trên một số nhóm đối tượng còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này trên nhóm đối tượng lớn hơn để tìm hiểu tỷ lệ còn tế bào UT tại các diện cắt khác nhau và xác định một yếu tố

làm sàng, giải phẫu bệnh có liên quan hi vọng giúp các phẫu thuật viên có thêm thông tin để lựa chọn một đường cắt thích hợp nhất làm giảm tái phát, tăng thời gian sống thêm sau phẫu thuật.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

125 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô (UTBM) dạ dày dựa vào chẩn đoán mô bệnh học (MBH) trước và sau phẫu thuật từ 9/2002 đến 12/2003 tại Bệnh viện K.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả tiến cứu

\* *Lựa chọn bệnh nhân, bệnh phẩm:*

125 bệnh nhân UTBM dạ dày được ghi nhận đầy đủ các thông tin lâm sàng như tuổi, giới, bệnh sử, kết quả nội soi, TBH và MBH sinh thiết nội soi.

Bệnh phẩm sau khi ngâm vào dung dịch formol 10% trong 24 giờ được pha ở vùng trung tâm u, ở các diện cắt (DC) phía trên u 3cm và 5cm. Mỗi vị trí được pha 3 mảnh. Bệnh phẩm sau khi pha được ngâm tiếp trong formol 10% rồi được chuyển, đúc khối nén, cắt mảnh và nhuộm HE, Giemsa và PAS. Các tiêu bản mô học được đọc dưới kính hiển vi quang học có độ phóng đại 40, 100 lần.

UTBM dạ dày được chẩn đoán theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2000.

\* *Xử lý số liệu:*

Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 13.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Mức độ lan rộng u.

Bảng 1. Mức độ lan rộng u:

Diện cắt	Dương tính		Âm tính		Tổng số	
	SL	%	SL	%	n	%
3 cm	26	20,8	99	79,2	125	100
5 cm	13	10,4	112	89,6	125	100

Nhận xét: Trong khi ở diện cắt cách bờ u 3cm, tỷ lệ UT là 20,8% thì ở diện cắt 5cm, tỷ lệ này chỉ còn 10,4%.

### 2. Liên quan giữa diện cắt 3cm và 5cm dương tính với loại MBH.

Bảng 2. Liên quan giữa diện cắt 3cm và 5cm dương tính với loại MBH:

Ung thư biểu mô (UTBM)	Tổng số	Diện cắt 3cm (+)		Diện cắt 5 cm(+)	
		n	%	n	%
Tấp ruột	79	13	16,5%	6	7,6%
Tấp lan toả	46	13	28,3%	7	15,2%
Tổng số	125	26	20,8%	13	10,4%
Thể MBH					
UTBM tuyến ống	62	6	9,7%	2	3,2%
UTBM tuyến nhú	4	2	2,4%	2	2,4%
UTBM tuyến nhầy	16	6	27,5%	3	18,8%
UTBM TB nhầy	19	5	26,3%	2	10,5%
UTBM tuyến vẩy	1	0	0,0%	0	0,0%
UTBM vẩy	1	0	0,0%	0	0,0%
UTBM không biệt hoá	19	7	36,8%	4	21,1%
UTBM TB nhỏ	3	0	0,0%	0	0,0%
Tổng số	125	26	20,8%	13	10,4%

Nhận xét:

- Típ lan toả có tỷ lệ diện cắt 3cm và 5cm, dương tính cao hơn típ ruột (28,3% so với 16,5% và 15,2% so với 7,6%). Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,01$  và  $P < 0,05$ .

- UTBM tuyến ống có tỷ lệ DC 3cm và 5cm còn TBUT chỉ chiếm tương ứng 9,7% và 3,2%, thấp hơn so với các thể mô học khác như UTBM không biệt hoá, UTBM tuyến nhầy và UTBM tế bào nhẵn, tương ứng 36,8% và 21,1%, 37,5% và 18,8%, 26,3% và 10,5%, có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,01$  và  $P < 0,05$ .

### 3. Liên quan giữa diện cắt 3cm và 5cm dương tính với kích thước u, độ sâu xâm nhập và di căn hạch.

Bảng 3. Liên quan giữa diện cắt 3cm và 5cm dương tính với kích thước u, độ sâu xâm nhập và di căn hạch

Kích thước u	Diện cắt 3cm (+)		Diện cắt 5cm (+)		Tổng số
	n	%	n	%	
<2 cm	1	7,1%	0	0,0%	14
>2 cm và < 5 cm	17	27,0%	9	14,3%	63
> 5 cm	8	16,7%	4	8,3%	48
Tổng số	26	20,8%	13	10,4%	125
Độ sâu xâm nhập					
Niêm mạc, hạ niêm mạc	3	15,0%	1	5,0%	20
Cơ, dưới thanh mạc	3	10,7%	2	7,1%	28
Thanh mạc	20	26,0%	10	13%	77
Tổng số	26	20,8%	13	10,4%	125
Số hạch di căn					
Không di căn	5	11,4%	2	4,5%	44
Di căn 1-6 hạch	11	19,3%	7	12,3%	57
Di căn 7-15 hạch	10	41,7%	4	16,7%	24
Tổng số	26	20,8%	13	10,4%	125

Nhận xét:

- Các u > 2cm và ≤ 5cm có tỷ lệ còn UT ở DC 3cm là 27,0% và 5cm là 14,3%.

- Các u ≤ 2cm, tỷ lệ còn UT ở DC 3cm chiếm 7,1% và hoàn toàn không còn UT ở DC cách bờ u 5cm.

- Các u có kích thước > 5cm có tỷ lệ còn TBUT ở DC 3cm và 5cm thấp hơn so với các u > 2cm và ≤ 5cm (16,7% so với 27,0% và 8,3% so với 14,3%).

- ở diện cắt 3cm, tỷ lệ còn TBUT ở các u đã xâm nhập thanh mạc cao nhất (20,6%).

- UTDD càng di căn nhiều hạch, tỷ lệ còn tế bào UT ở các diện cắt càng cao. Các UTDD đã di căn từ 7 đến 15 hạch cạnh dạ dày có tỷ lệ còn UT ở các diện cắt 3cm và 5cm cao hơn so với các khối u chưa di căn (41,7% so với 11,4% ở diện cắt 3cm và 16,7% so với 4,5% ở diện cắt 5cm). Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,01$  và  $P < 0,05$ .

### BÀN LUẬN

Về mức độ lan rộng u: Đối với UTDD, việc phẫu thuật phải đảm bảo diện cắt không còn UT nhằm hạn chế tái phát tại chỗ, kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh. Chính vì vậy các phẫu thuật viên rất quan tâm tới diện cắt an toàn cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong khi ở diện cắt cách bờ u 3cm, tỷ lệ còn UT là 20,8% thì ở diện cắt 5cm, tỷ lệ này chỉ còn 10,4%. Như vậy, diện cắt càng gần khối u thì nguy cơ tái phát sau này càng cao và diện cắt càng xa u, tỷ lệ còn tế bào UT càng giảm (hệ số tương quan là 0,418 và  $P < 0,001$ ).

Arai, qua nghiên cứu diện cắt của 248 UTDD, cho rằng khoảng cách tối thiểu từ bờ trên khối u đến đường cắt phải là 3cm đối với u có ranh giới rõ và 6,5 cm đối với u xâm lấn [6]. Nhưng theo Meyerr, với các u có ranh giới rõ, đường cắt trên u là 4cm; còn với các u thâm nhiễm, đường cắt này phải là 8cm [8]. Bonfani cũng cho rằng nên cắt trên u 6cm. Theo Hà Văn Quyết, dù khối u ở vị trí nào cũng đều phải tuân thủ nguyên tắc là lấy hết tổ chức u, vượt qua mô lành ở phía trên u ít nhất là 5cm [3].

Chính vì các quan điểm trên, một số tác giả trong nước cũng đã tiến hành nghiên cứu MBH diện cắt trên u để có thể đưa ra một đường cắt an toàn khi phẫu thuật. ở DC phía trên bờ u 3cm, Trịnh Hồng Sơn vẫn còn thấy tổ chức UT ở 11,1% các trường hợp [4], thấp hơn tỷ lệ này trong nghiên cứu của Bùi Ánh Tuyết [5] và của chúng tôi (20,8%). Hoàng Xuân Lập, khi nghiên cứu DC của 35 dạ dày UT cho biết vẫn còn 20% có TBUT ở DC cách bờ u trên 6cm [1], cao gần gấp đôi so với tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi (10,4%). Ngô Minh Quang cũng đưa ra một tỷ lệ 12% còn TBUT ở đường cắt 5cm trong số 25 trường hợp nghiên cứu [2], tương đương với tỷ lệ 10,4% ở cùng đường cắt trong nghiên cứu của chúng tôi và cao hơn chút ít so với Bùi Ánh Tuyết (8,3%) [5].

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi có thể khẳng định DC trên u 5cm sẽ mang lại an toàn cho gần 90% bệnh nhân UTDD.

Về mối liên quan giữa diện cắt 3cm và 5cm dương tính với UTBM típ ruột và lan toả, kết quả nghiên cứu cho thấy UTBM típ lan toả có diện cắt 3cm và 5cm dương tính cao hơn típ ruột (28,3% so với 16,5% và 15,2% so với 7,6%). Kết quả này cho các phẫu thuật viên một thông tin quan trọng trước khi mổ cho bệnh nhân khi đã có trong tay kết quả MBH các mảnh sinh thiết nội soi. Với UTBM típ lan toả thì đường cắt dạ dày cần phải xa hơn so với UTBM típ ruột.

Thông qua mối tương quan giữa diện cắt 3cm và 5cm dương tính với thể MBH chúng tôi thấy UTBM tuyến ống có tỷ lệ DC 3cm và 5cm còn TBUT chỉ chiếm tương ứng 9,7% và 3,2%, thấp hơn so với các thể mô học khác như UTBM không biệt hoá (36,8% và 21,1%) UTBM tuyến nhầy (37,5% và 18,8%) và UTBM tế bào nhẵn (26,3% và 10,5%) vì UTBM tuyến ống thuộc típ ruột (có tỷ lệ còn TBUT ở các DC thấp hơn), đa số các thể mô học khác thuộc típ lan toả (có tỷ lệ còn TBUT ở các DC cao hơn). Như vậy, ở cùng một DC, độ an toàn sẽ cao hơn đối với UTBM tuyến ống và ngược lại, khả năng tái phát sẽ cao hơn đối với UTBM không biệt hoá, UTBM tuyến nhầy và UTBM tế bào nhẵn. Qua nghiên cứu của mình, Bùi Ánh Tuyết cũng đã khuyến cáo rằng đối với UTBM thể không biệt hoá, thể tuyến nhầy và thể TB nhẵn, đường cắt phía trên u nên lớn hơn 5cm [5].

Về mối liên quan giữa diện cắt 3cm và 5cm dương tính với kích thước u, chúng tôi thấy trong số các u có kích thước khác nhau, các u > 2cm và ≤ 5cm có tỷ lệ còn UT ở DC 3cm và 5cm nhất, tương ứng 27,0% và 14,3%. ở các u ≤ 2cm, tỷ lệ còn UT ở DC 3 cm rất thấp, chỉ chiếm 7,1% và hoàn toàn không còn UT ở DC cách bờ u 5cm. Như vậy, với các u còn nhỏ, các phẫu thuật viên sẽ có nhiều sự lựa chọn đường cắt hơn mà vẫn có thể hạn chế tối đa khả năng tái phát. Với các u có kích thước > 2cm và 5cm thì đường cắt cần phải xa hơn so với các u có kích thước nhỏ hơn.

Độ sâu xâm nhập của ung thư vào thành dạ dày tuy có mối liên quan với tình trạng dương tính với các DC

nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. ở diện cắt 3cm, tỷ lệ còn TBUT ở các u đã xâm nhập thanh mạc cao nhất (26,0%); tỷ lệ này ở các u chỉ mới xâm lấn niêm mạc hoặc hạ niêm mạc lại cao hơn so với ở các u đã xâm nhập tới lớp cơ hoặc dưới thanh mạc (15% so với 10,7%).

Cho đến diện cắt 5cm thì thấy các u có độ xâm nhập càng sâu, tỷ lệ còn tế bào ung thư càng cao. Như vậy, ung thư dạ dày càng xâm nhập sâu thì khả năng lan rộng của u ra thành dạ dày xung quanh u càng lớn.

UTDD càng di căn nhiều hạch, tỷ lệ còn tế bào UT ở các diện cắt càng cao. Các UTDD đã di căn từ 7 đến 15 hạch cạnh dạ dày có tỷ lệ còn UT ở các diện cắt 3cm và 5cm cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với các khối u chưa di căn (41,7% so với 11,4% ở diện cắt 3cm và 16,7% so với 4,5% ở diện cắt 5cm).

#### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu các diện cắt cách bờ trên u 3cm và 5cm của 125 UTBM dạ dày, chúng tôi đã rút ra các kết luận sau:

1. Tỷ lệ còn tổ chức ung thư ở đường cắt cách bờ trên u 3cm và 5cm tương ứng là 20,8% và 10,4%.

2. Tỷ lệ còn tổ chức ung thư ở đường cắt 3cm và 5cm cao hơn ở tip lan toả với tip ruột, ở những UTBM không biệt hoá, UTBM tuyến nhầy và UTBM tế bào nhân so với UTBM tuyến ống, ở những u có đường kính > 2cm và ≤ 5cm so với các khối u ≤ 3cm, ở những UTBM xâm nhập thanh mạc so với những UTBM xâm nhập nông hơn và

cuối cùng ở những UTBM có di căn hạch so với các u chưa có di căn hạch.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hoàng Xuân Lập (1998). Nghiên cứu một số đặc điểm tổn thương bệnh lý trong cắt đoạn bán phần dưới dạ dày do ung thư vùng hang môn vị. Luận văn Thạc sĩ y học. Học viện Quân y. Hà Nội.

2. Lê Minh Quang, Đoàn Hữu Nghị, Nguyễn Văn Hiếu, Tạ Văn Tờ (2003). Nghiên cứu một số đặc điểm xâm lấn vi thể tế bào UT vào thành dạ dày trong ung thư bán phần dưới dạ dày. Hội thảo quốc gia về giáo dục sức khoẻ phòng và phát hiện sớm UT. Tạp chí Y học thực hành. Bộ Y tế. 457:76-78.

3. Hà Văn Quyết, Machimura T, Ogoshi K, Makuchi Y, Mitoni T (1992). Ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật. Tạp chí Ngoại khoa. (4): 146-169.

4. Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (1990). Sinh thiết tức thì và nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Tạp chí Ngoại khoa. (3): 8-11.

5. Bùi Ánh Tuyết (2003). Nhận xét đặc điểm lâm sàng hình ảnh nội soi và mô bệnh học của UTDD. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường ĐHY Hà Nội.

6. Arai K, Kitamura M, Bufalino R (1993). Studies on proximal margins in gastric cancer from the standpoint of discrepancy between macroscopic and histological measurement of invasion. Jpn J Gastroenterol Surg. 26: 784 - 789.