

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

DIỆP BẢO TUẤN

NGHIÊN CỨU
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
BƯỚU MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Chuyên ngành: **Ung thư**

Mã số : **62720149**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - NĂM 2016

**CÔNG TRÌNH NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI:
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Trần Văn Phoi

Phản biện 1: PGS. TS. Đoàn Hữu Nghị

Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc

Phản biện 2: PGS. TS Ngô Thu Thoa.

Bệnh viện K Hà Nội

Phản biện 3: GS. TS. Hứa Thị Ngọc Hà

Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp trường,
họp tại ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

vào hồi:.....giờ, ngày thángnăm 20...

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia Việt Nam
2. Thư viện Khoa học Tổng hợp Tp. Hồ Chí Minh
3. Thư viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH LIÊN QUAN ĐẾN
LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ**

1- Diệp Bảo Tuấn và cộng sự (2012), “Điều trị phẫu thuật bướu mô đệm đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh”. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 4, tr. 703 – 713.

2- Diệp Bảo Tuấn và cộng sự (2013), “Điều trị bướu mô đệm đường tiêu hóa tại Bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh”. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 4, tr. 308 – 317.

3- Diệp Bảo Tuấn (2014), “Các yếu tố tiên lượng trong điều trị bướu mô đệm đường tiêu hóa”. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 5, tr. 161 – 168.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

Đặt vấn đề

Bướu mô đệm đường tiêu hóa (BMĐĐTH) là loại bướu xuất phát từ trung mô đường tiêu hóa hoặc hiếm hơn là từ các mô mềm trong ổ bụng.

Thuật ngữ “bướu mô đệm đường tiêu hóa” (GastroIntestinal Stromal Tumor: GIST) được Mazur và Clark sử dụng đầu tiên năm 1983. Nhưng phải đến đầu thế kỷ XXI, loại bướu này mới được nhận biết rộng rãi. Năm 1998, hai tác giả Kindblom và Hirota đã xác định đột biến gen sinh ung *c-KIT* trong các tế bào BMĐĐTH.

BMĐĐTH xuất nguồn từ tế bào kẽ Cajal. Các tế bào này nằm trong đám rối Auerbach (đám rối cơ ruột) của đường tiêu hoá chịu trách nhiệm điều khiển nhu động ruột. BMĐĐTH có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hoá, trong đó khoảng 60% BMĐĐTH gặp ở dạ dày, 25% gặp ở ruột non, 10% ở đại tràng và trực tràng.

Trước đây, phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu cho BMĐĐTH, với tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm thay đổi trong khoảng từ 40% đến 55% sau khi cắt bỏ được hoàn toàn khối bướu. Hoá trị và xạ trị ít có vai trò trong điều trị BMĐĐTH. Hiện nay với sự phát triển của liệu pháp nhắm trúng đích, sử dụng các thuốc điều trị nhắm trúng đích như Imatinib cho thấy có hiệu quả tốt đối với BMĐĐTH xâm nhập và ngay cả các trường hợp đã có di căn.

Từ năm 2001, bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh đã phát triển kỹ thuật hoá mô miễn dịch trong chẩn đoán một số bệnh ung thư, trong đó có BMĐĐTH. Ngoài ra, từ năm 2005

bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh còn được lựa chọn triển khai chương trình tài trợ Imatinib cho bệnh nhân (BN) để điều trị BMĐĐTH (chương trình GIPAP, VPAP) nên nhiều bệnh nhân có cơ hội sử dụng thuốc Imatinib. Do đó, bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh có đủ khả năng để chẩn đoán và điều trị hiệu quả bệnh lý hiếm gặp này.

Với các phương tiện và lợi thế kể trên, kết quả chẩn đoán và điều trị bướu mô đệm đường tiêu hóa tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh như thế nào? Những yếu tố nào có ý nghĩa tiên lượng đối với bệnh nhân BMĐĐTH tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh? Chúng tôi chọn nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích trả lời các câu hỏi trên.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU CỦA LUẬN ÁN

- 1- Khảo sát các yếu tố liên quan đến chẩn đoán bướu mô đệm đường tiêu hóa tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh.
- 2- Đánh giá các yếu tố liên quan đến điều trị bướu mô đệm đường tiêu hóa.
- 3- Xác định các yếu tố tiên lượng liên quan đến sống còn.

Tính cấp thiết của đề tài

BMĐĐTH là bệnh lý hiếm gặp, mới được nhận diện. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát các đặc điểm về chẩn đoán cũng như điều trị BMĐĐTH, từ đó giúp các bác sĩ trong thực hành y khoa khi điều trị loại bướu này.

Những đóng góp mới của luận án

Luận án đã cung cấp các kết quả thực tế về chẩn đoán, điều trị, các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng sống còn của bệnh nhân BMĐĐTH.

Việc chẩn đoán BMĐĐTH cần phải dựa vào các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch với CD117 (+).

Điều trị BMĐĐTH cần có sự phối hợp đa mô thức giữa phẫu thuật cắt rộng bướu và liệu pháp nhắm trúng đích. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 69%, thời gian sống còn toàn bộ trung bình là 54,9 tháng. Đối với các bệnh nhân được phẫu thuật triệt để, tỷ lệ sống còn không bệnh tái phát 5 năm là 39,2%. Đối với các bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ, tỷ lệ sống còn không bệnh tiến triển 5 năm là 18,4%.

Bố cục của luận án

Luận án có 139 trang, gồm: Đặt vấn đề: 3 trang; Tổng quan tài liệu: 39 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 15 trang; Kết quả nghiên cứu: 44 trang; Bàn luận: 36 trang; Kết luận và kiến nghị: 2 trang. Có 49 bảng, 26 hình, 19 biểu đồ và 2 sơ đồ. Luận án có 140 tài liệu tham khảo gồm 13 tài liệu tiếng Việt và 127 tài liệu tiếng Anh.

Chương 1 – TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1- Cấu tạo thành ống tiêu hóa và tế bào kẽ Cajal:

1.1.1- Cấu tạo thành ống tiêu hóa: có 5 lớp, từ ngoài vào trong bao gồm: lớp thanh mạc, lớp dưới thanh mạc, lớp cơ (gồm lớp cơ dọc ở ngoài và lớp cơ vòng ở trong), lớp dưới niêm mạc và lớp niêm mạc.

1.1.2- Tế bào kẽ Cajal: là loại tế bào đặc biệt nằm giữa lớp cơ dọc và cơ vòng của thành ống tiêu hóa, có vai trò quan trọng trong việc điều hòa chức năng cơ trơn và nhu động đường tiêu hóa. CD117 là một thụ thể glycoprotein xuyên màng tế bào, có

vai trò quan trọng trong sự phát triển và trưởng thành của tế bào kẽ Cajal.

1.2- Lịch sử nghiên cứu về bướu mô đệm đường tiêu hóa:

Năm 1940, Stout và cộng sự gọi bướu mô đệm đường tiêu hóa là bướu tế bào cơ trơn. Quan điểm này được chấp nhận rộng rãi nhưng đến thập niên 1970, nhờ có kính hiển vi điện tử các nhà khoa học thấy điều này không đúng nữa. Năm 1983, có tác giả là Mazur và Clark; rồi năm 1984, có Schaldenbrand và Appleman lần đầu tiên đặt tên là “stromal tumor” (“bướu mô đệm”). Năm 1998, Hirota và cộng sự mới khám phá ra hiện tượng đột biến của gen *c-KIT* cũng như protein KIT trong BMĐĐTH.

1.3- Chẩn đoán

1.3.1- Dịch tễ học

1.3.1.1- Tần suất mắc bệnh: ước tính tần suất mắc bệnh trên toàn thế giới là 1,1 -1,4/100.000 dân.

1.3.1.2- Giới tính: tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới không khác biệt nhiều hoặc chỉ hơi cao hơn so với nữ giới.

1.3.1.3- Tuổi mắc bệnh: các nghiên cứu cho rằng bướu mô đệm đường tiêu hóa phần lớn xảy ra ở bệnh nhân tuổi từ 50 đến 70, trung bình là 60 tuổi.

1.3.2- Vị trí bướu: BMĐĐTH xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào trên đường tiêu hóa, nhưng thường gặp nhất là ở dạ dày với tỷ lệ từ 60% đến 70%; kế đến là ruột non, chiếm từ 20% đến 30%, thực quản chỉ chiếm khoảng 3%; đại - trực tràng chiếm khoảng 10%.

1.3.3- Triệu chứng lâm sàng: BMĐĐTH thường không có triệu chứng cho đến khi đạt đến một kích thước lớn; lúc đó, có thể có các triệu chứng như xuất huyết, đau bụng, khó tiêu, sờ thấy

bướu trên lâm sàng, tắc nghẽn, hoặc có biến chứng thủng tạng rỗng gây bệnh lý bụng cấp hoặc các triệu chứng của tình trạng mất máu cấp hoặc mạn tính...

1.3.4- Triệu chứng cận lâm sàng:

1.3.4.1- Siêu âm bụng: thấy hình ảnh một khối bướu lớn ở trong thành ống tiêu hóa hay dưới thanh mạc gợi ý BMĐĐTH, đặc biệt khi bướu có nhiều thùy, bên trong có vùng echo trống do tình trạng hoại tử và hóa nang nhiều chỗ. Siêu âm còn giúp đánh giá tình trạng di căn trong ổ bụng.

1.3.4.2- X quang đường tiêu hóa có cản quang:

- Dạ dày: Có thể thấy được hình ảnh bướu nằm bên trong, vị trí của bướu trong dạ dày cũng có giá trị trong đánh giá đặc tính của nó.

- Ruột non: khó xác định được vị trí bướu.

- Đại trực tràng: giúp đánh giá vị trí, một số đặc tính của bướu.

1.3.4.3- Nội soi: có thể phát hiện được các tổn thương dưới niêm mạc ở đường tiêu hóa trên và dưới.

1.3.4.4- Chụp cắt lớp vi tính (CT): hình ảnh trên cắt lớp vi tính thay đổi tùy kích thước của tổn thương. Các dấu hiệu biểu hiện tình trạng xâm lấn của BMĐĐTH ác tính bao gồm: hiện tượng canxi hóa, loét, hoại tử, có nhiều nang bên trong bướu, dò, di căn, báng bụng, và các dấu hiệu thâm nhiễm.

1.3.4.5- Chụp cộng hưởng từ (MRI): chụp cộng hưởng từ có thể giúp xác định các đặc điểm, xếp giai đoạn và đánh giá sự đáp ứng điều trị của BMĐĐTH.

1.3.4.6- Chụp cắt lớp phát xạ (PET-CT): năm 2004, tác giả H. Choi đã nhận thấy các thông tin từ hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

đa lát và hình ảnh cắt lớp phát xạ pôsitron đã bổ sung cho nhau trong việc đánh giá đáp ứng điều trị.

1.3.5- Di căn xa: của BMĐĐTH tương tự sarcôm đường tiêu hóa và sarcôm phần mềm, với ưu thế là gieo rắc theo đường máu đến gan, ít lan tràn theo đường bạch huyết.

1.3.6- Xếp giai đoạn: BMĐĐTH được chia ra 4 giai đoạn theo UICC (Hiệp hội Quốc tế Chống Ung Thư) lần VII (2010).

1.3.7- Giải phẫu bệnh:

- Hình ảnh đại thể: BMĐĐTH có vỏ bao, đơn độc, có dạng khối tròn hoặc bầu dục, nhiều thùy. Mặt cắt có màu sắc thay đổi tùy bướu, màu nâu-hồng, hơi vàng, trắng-xám, trắng hơi cam, có hình ảnh nhiều đường viền do vết ố màu của xuất huyết.

- Hình ảnh vi thể: hình ảnh vi thể cho thấy có 70% trường hợp là loại tế bào hình thoi, 20% trường hợp là loại tế bào dạng biểu mô và 10% là loại hỗn hợp.

1.3.8- Hóa mô miễn dịch: khoảng 75-80% BMĐĐTH có đột biến gen *c-kit*, điển hình là ở vị trí cận màng, được exon 11 mã hóa. Khoảng 10-15% BMĐĐTH có đột biến gen *PDGFRA*, khoảng 5-15% không có đột biến cả hai gen này và được gọi là BMĐĐTH loại tự nhiên.

1.3.9- Chẩn đoán BMĐĐTH cần phải dựa vào đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình thái giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch của bướu.

1.3.10- Chẩn đoán phân biệt: BMĐĐTH cần phải phân biệt với bướu cơ trơn, bướu vỏ bao thần kinh, và bướu sợi.

1.3.11- Các yếu tố nguy cơ tái phát: thường được dùng nhất để dự đoán sự xâm lấn của bướu là vị trí bướu, kích thước bướu và chỉ số phân bào/50 quang trường lớn (QTL). Các tác giả đã đề

ngộ chia BMĐĐTH thành các nhóm nguy cơ tái phát rất thấp, thấp, trung bình và cao dựa trên sự đánh giá về khả năng tái phát và di căn xa (tiêu chuẩn bổ sung theo Viện Y Tế Quốc Gia Hoa Kỳ (VYTQG)).

1.3.12. Các hội chứng đi kèm với BMĐĐTH

- BMĐĐTH có tính gia đình.
- Hội chứng von Recklinghausen.
- Tam chứng Carney.

1.4- Điều trị

1.4.1- Hướng dẫn điều trị:

- BMĐĐTH còn khu trú tại chỗ: phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn (R0), không cần nạo hạch vùng. Chỉ định điều trị nhắm trúng đích hỗ trợ sau mổ bao gồm: bứu có nguy cơ cao, bứu bị vỡ trong lúc phẫu thuật, phẫu thuật cắt bỏ còn sót.
- BMĐĐTH đã di căn xa: sử dụng Imatinib với liều khởi đầu thông thường của Imatinib là 400 mg mỗi ngày.

1.4.2- Các phương pháp điều trị:

1.4.2.1- Phẫu thuật: Mục đích của phẫu trị là cắt toàn bộ khối bứu với bờ diện cắt an toàn về mặt mô học, tránh làm vỡ bứu và không cần nạo hạch vùng.

1.4.2.2- Hoá trị: tỷ lệ đáp ứng của BMĐĐTH với các tác nhân hoá trị rất thấp, dưới 5%.

1.4.2.3- Xạ trị: có vai trò rất hạn chế trong điều trị BMĐĐTH.

1.4.2.4- Liệu pháp nhắm trúng đích:

- Điều trị hỗ trợ: chỉ định điều trị hỗ trợ với Imatinib bao gồm những bệnh nhân BMĐĐTH thuộc nhóm nguy cơ tái phát cao.
- Đánh giá đáp ứng với điều trị nhắm trúng đích: tác giả H. Choi và các cộng sự đã đề ra một tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng mới

dành cho BMĐĐTH. Nếu kích thước bướu giảm trên 10% hoặc giảm mật độ bướu trên 15% trên CT thì có độ đặc hiệu 100% và độ nhạy 97% để xác định đáp ứng trên PET-CT.

1.5- Tiên lượng và sống còn

1.5.1- Thời gian sống còn sau phẫu thuật: theo J.A. Crosby, tỷ lệ sống còn 5 năm là 42% khi cắt bỏ được hoàn toàn khối bướu giảm xuống còn 8%-9% nếu không lấy được hoàn toàn.

1.5.2- Thời gian sống còn sau điều trị đa mô thức: tỷ lệ sống còn không bệnh tái phát 10 năm theo từng nhóm nguy cơ thấp, trung bình và cao lần lượt là 89,7%, 86,9% và 36,2%.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Dân số mục tiêu: Tất cả các bệnh nhân BMĐĐTH.
- Dân số nghiên cứu: Các bệnh nhân BMĐĐTH điều trị tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh.
- Dân số chọn mẫu: Các bệnh nhân BMĐĐTH điều trị tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh từ 01/01/2006-31/12/2010.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là bướu mô đệm đường tiêu hóa và có CD117 (+). Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật hoặc bệnh nhân không phẫu thuật được vì bệnh lý đi kèm nặng: như cao huyết áp không kiểm soát được, cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim, đái tháo đường có đường huyết không kiểm soát được.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: vì là bệnh hiếm gặp, nên chúng tôi tiến hành thu thập nghiên cứu loạt ca trong vòng 05 năm (01/01/2006 – 31/12/2010) và thu thập được 109 bệnh nhân BMĐĐTH đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.3- Quy trình nghiên cứu

2.2.4- Kết cục nghiên cứu

- Kết cục chính:

+ Sống còn toàn bộ đối với bệnh nhân BMĐĐTH.

- Kết cục phụ:

+ Sống còn không bệnh tái phát trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật triệt để.

+ Sống còn không bệnh tiến triển trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ.

2.3- Xử lý số liệu

Số liệu được ghi nhận vào phiếu thu thập dữ liệu.

Theo dõi bệnh nhân dựa vào hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh, kết hợp gửi thư hoặc gọi điện thoại đến bệnh nhân và gia đình để thu thập về tình trạng bệnh và sống còn của bệnh nhân.

Thời điểm kết thúc theo dõi là ngày 31/12/2012 hoặc vào thời điểm bệnh nhân tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

+ Các biến số định tính được đếm tần suất có hoặc không. Mọi tương quan giữa các biến số được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2). Các biến số được xác định có ý nghĩa thống kê qua phân tích đơn biến sẽ được đưa vào phân

tích đa biến với phương pháp hồi quy logistic để tìm ra các biến số có tương quan độc lập.

+ Các biến số định lượng được tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

+ Các biến số thay đổi theo thời gian (thời gian sống còn không bệnh tiến triển, thời gian sống còn toàn bộ) được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier. Mỗi tương quan giữa các biến số trên được kiểm định bằng phép kiểm Log-rank. Các biến số có liên quan đến kết quả sẽ được đưa vào phân tích đa biến với phương pháp hồi quy Cox để tìm ra các biến số có giá trị tiên lượng độc lập.

Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, với độ tin cậy 95%.

2.4- Đạo đức trong nghiên cứu:

Việc chẩn đoán và điều trị bệnh nhân hoàn toàn theo đúng quy định của bệnh viện và các phác đồ hiện hành, đồng thời được bệnh nhân đồng thuận. Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học chấp thuận thông qua (số 170/ĐHYD-HĐ). Trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu, Nghiên cứu sinh luôn đảm bảo tuân thủ đúng theo đề cương đã được chấp thuận.

2.5- Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu:

+ Mẫu thu thập: những bệnh nhân nhập viện từ 01/01/2006 – 31/12/2010

+ Thời gian thu thập thông tin từ các mẫu: từ 01/10/2008 - 31/12/2012

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh

Chương 3 – KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1- Đặc điểm nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 3.11: Đặc điểm nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Đặc điểm		Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	70	64,2
	Nữ	39	35,8
	Tỷ lệ nam/nữ		1,8/1
Tuổi	Biến thiên	19 – 75	
	Trung bình	$51,9 \pm 11,0$	
	≤ 40	19	17,4
	> 40	90	82,6
Vị trí khối bướu	Thực quản	1	0,9
	Dạ dày	46	42,2
	Ruột non	40	36,7
	Đại tràng	9	8,3
	Trực tràng	7	6,4
	Mạc treo	6	5,5

3.2- Lâm sàng

3.2.1- Triệu chứng khởi bệnh: triệu chứng khởi bệnh của BMĐĐTH không đặc hiệu, 57,6% bệnh nhân khởi bệnh với tình trạng đau bụng vùng thượng vị hoặc đau quanh rốn, 14 bệnh nhân tự sờ thấy bướu vùng bụng (12,9%).

3.2.2- Chỉ số hoạt động cơ thể: ECOG = 1 có 99 bệnh nhân, chiếm 90,8%; ECOG = 2 có 10 bệnh nhân, chiếm 9,2%.

3.2.3- Triệu chứng lâm sàng: khám lâm sàng phát hiện được 54 trường hợp có bướu vùng bụng, chiếm tỷ lệ 49,5%; trong đó có 32 trường hợp bướu kém di động (59,3%).

3.3- Đặc điểm cận lâm sàng:

3.3.1- Siêu âm trước mổ: phát hiện 86 bệnh nhân có bướu trong ổ bụng (78,9%). Kích thước bướu phát hiện trên siêu âm thay

đôi từ 2,0 cm – 30,5 cm; trung bình là $10,0 \pm 5,7$ cm. Đa số bướu có mật độ hỗn hợp (76,7%), một số trường hợp có tăng sinh mạch máu (36,1%).

3.3.2- Nội soi tiêu hóa: có 31 trường hợp được nội soi đường tiêu hóa trước mổ, Hình ảnh đại thể bướu có thể gặp qua nội soi là loét (6 trường hợp), chồi sùi (4 trường hợp) hoặc thâm nhiễm (4 trường hợp).

3.3.3- X Quang đường tiêu hóa có cản quang: có 34 trường hợp được chụp X quang đường tiêu hóa cản quang; trong đó 1 trường hợp chụp thực quản cản quang; 24 trường hợp chụp dạ dày cản quang; 9 trường hợp chụp đại tràng cản quang. Qua hình ảnh X quang, cho thấy 14 trường hợp khối bướu cho hình ảnh choán chỗ.

3.3.4- Chụp cắt lớp vi tính: đa số bướu mô đệm đường tiêu hóa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có mật độ hỗn hợp, vừa nang vừa đặc (48 trường hợp; 92,3%); 6 trường hợp bướu có mật độ dày (10,0%) và 6 trường hợp còn lại có mật độ kém (10,0%).

3.4- Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ dựa vào các yếu tố lâm sàng, hình ảnh học và CD117(+), có 73,9% các trường hợp được chẩn đoán là bướu mô đệm đường tiêu hóa. Chỉ có 68,8% bướu còn ở giai đoạn khu trú, có đến 31,2% bướu đã cho di căn xa có hay không có kèm theo gieo rắc phúc mạc.

3.5- Điều trị:

3.5.1- Phẫu trị:

Có 66 trường hợp được phẫu thuật triệt để (60,6%). Đa số bệnh nhân (60,6%) được phẫu thuật triệt để với bờ diện cắt an toàn ≥ 2 cm. Các trường hợp này được thực hiện ở những bệnh

nhân có bướu còn khu trú (75 trường hợp). Vì thế, tỷ lệ thực hiện phẫu thuật triệt để ở những bệnh nhân còn khu trú là (66/75 bệnh nhân) 88%.

- Biến chứng trong mổ: chỉ có 3 trường hợp chảy máu nhiều trong lúc mổ (# 500 mL).

- Hình ảnh giải phẫu bệnh sau mổ:

- Đại thể: kích thước bướu nguyên phát ghi nhận trong lần mổ đầu thay đổi từ 3 – 32 cm; trung bình là $12,3 \pm 5,7$ cm. Đa số bướu có hình ảnh u nang (52 trường hợp; 75,4%), tăng sinh mạch máu (54 trường hợp; 78,3%).

- Hình ảnh vi thể và hóa mô miễn dịch: tất cả 109 trường hợp trong nghiên cứu này đều có kết quả vi thể là bướu mô đệm đường tiêu hóa với CD117 (+).

- Đánh giá nhóm nguy cơ theo tiêu chuẩn bổ sung của VYTQG Hoa Kỳ: tỷ lệ nhóm nguy cơ tái phát cao trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số (72,5%). Có 22,9% trường hợp là nhóm nguy cơ trung bình, 4,6% là nguy cơ thấp và không có trường hợp nào thuộc nhóm nguy cơ rất thấp.

- Tình trạng tái phát sau phẫu thuật triệt để:

Trong 66 trường hợp được phẫu thuật triệt để, có 36 trường hợp tái phát (54,5%). Các trường hợp tái phát sau phẫu thuật triệt để được điều trị tiếp bằng phẫu thuật lại hoặc Imatinib (Bảng 3.30). Thời gian tái phát thay đổi từ 4 – 26 tháng; trung bình là $12,6 \pm 6,1$ tháng.

3.5.2- Điều trị nhắm trúng đích sau mổ:

- Chỉ định điều trị nhắm trúng đích: tại thời điểm nghiên cứu (2006 - 2010), chỉ định điều trị bằng các thuốc ức chế tyrosin kinase (Imatinib) đối với bướu mô đệm đường tiêu hóa chỉ dành

cho các trường hợp: sau mổ còn bướu, di căn xa, gieo rắc ổ bụng và bướu tái phát không còn mổ được. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 75 bệnh nhân (68,8%) được điều trị Imatinib.

- Đáp ứng điều trị Imatinib: sau khi thời gian chấm dứt nghiên cứu (31/12/2012), chúng tôi tổng kết đáp ứng với điều trị Imatinib như sau: 13,3% đáp ứng hoàn toàn; 45,5% đáp ứng một phần, 16% bệnh không đổi và 25,3% bệnh tiến triển.

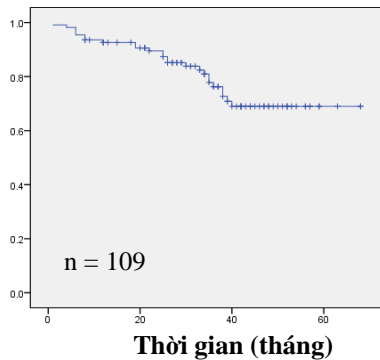
3.6- Theo dõi và kết quả điều trị

Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, thời gian theo dõi thay đổi từ 1 – 68 tháng; thời gian theo dõi trung bình là $35,0 \pm 16,3$ tháng. Có 13 trường hợp mất dấu do không liên lạc được (11,9%); Trong 96 trường hợp theo dõi được (88,1%) có 62 trường hợp tái phát hoặc tiến triển (37 trường hợp tái phát/tiến triển còn sống (34,0%) và 25 trường hợp tử vong do bệnh (22,9%)), chỉ có 34 trường hợp sống còn không bệnh (31,2%).

3.6.1- Sống còn toàn bộ đối với bệnh nhân nghiên cứu:

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ (SCTB) 5 năm là $69,0 \pm 5,5\%$.

Tỷ lệ SCTB



Biểu đồ 3.6: Tỷ lệ sống còn toàn bộ

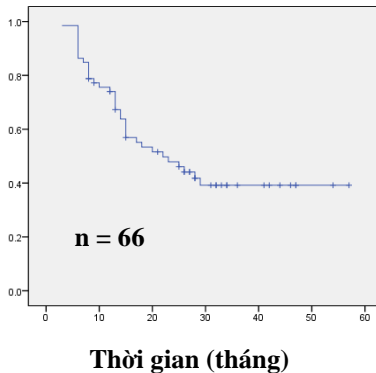
- Thời gian sống còn toàn bộ trung bình là $54,9 \pm 2,2$ tháng.

3.6.2- Sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tái phát đối với bệnh nhân được phẫu thuật triệt để:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện được 66 trường hợp phẫu thuật triệt để. Chúng tôi ước tính sống còn toàn bộ (SCTB) và sống còn không bệnh tái phát (SCKBTP) trong nhóm bệnh nhân này như sau:

- Tỷ lệ SCTB 5 năm đối với bệnh nhân được phẫu thuật triệt để ước tính là $84,3 \pm 5,4$ % (Biểu đồ 3.7). Tỷ lệ này cao hơn so với dân số nghiên cứu (84,3% so với 69%). Thời gian SCTB trung bình đối với bệnh nhân được mổ phẫu thuật triệt để là $60,9 \pm 2,3$ tháng.
- Tỷ lệ SCKBTP 5 năm đối với bệnh nhân được phẫu thuật triệt để là $39,2 \pm 6,6$ %.

Tỷ lệ SCKBTP



Biểu đồ 3.8: Tỷ lệ SCKBTP đối với BN được mổ triệt để

- Thời gian SCKBTP trung bình đối với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật triệt để là $30,7 \pm 2,9$ tháng.

3.6.3- Sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tiến triển đối với bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ:

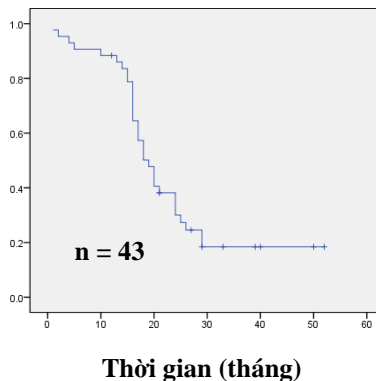
Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 43 bệnh nhân BMĐĐTH do giai đoạn đã tiến xa nên chỉ được mổ tạm bợ. Chúng tôi ước tính sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tiến triển các trường hợp này như sau:

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm đối với bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ là $47,7 \pm 9,4\%$.

- Ước tính thời gian SCTB trung bình đối với bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ là $46,6 \pm 3,8$ tháng

- Ước tính tỷ lệ sống còn không bệnh tiến triển (SCKBTT) 5 năm đối với bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ là $18,4 \pm 6,4\%$.

Tỷ lệ SCKBTT



Biểu đồ 3.10: Tỷ lệ SCKBTT đối với BN được mổ tạm bợ

- Thời gian sống còn không bệnh tiến triển trung bình đối với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ: $23,8 \pm 2,3$ tháng.

3.7- Các yếu tố tiên lượng

Bằng phương pháp Kaplan-Meier và phép kiểm Log-rank, chúng tôi so sánh các yếu tố: giới tính, tuổi, chỉ số hoạt động cơ thể ECOG, kích thước bướu, số phân bào trên 50 quang trường lớn (QTL), phân nhóm nguy cơ tái phát và mức độ phẫu thuật đến tỷ lệ sống còn toàn bộ.

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân nữ và nam lần lượt là $77,8 \pm 7,6\%$ và $63,6 \pm 7,4\%$, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,313$).

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân ≤ 40 tuổi và > 40 tuổi lần lượt là $59,7 \pm 17,1\%$ và $70,1 \pm 5,8\%$, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,977$).

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân có chỉ số ECOG = 1 và ECOG = 2 là tương đương nhau ($69,6 \pm 5,7\%$ so với $70,0 \pm 14,5\%$, $p=0,189$).

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân có kích thước bướu ≤ 5 cm, $> 5-10$ cm và > 10 cm lần lượt là 100%, $77,3 \pm 7,5\%$ và $55,4 \pm 8,6\%$; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,035$).

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân có chỉ số phân bào trên 50 quang trường lớn là ≤ 5 , từ 6 -10 và > 10 lần lượt là $71,9 \pm 8,6\%$; $72,7 \pm 17,7\%$ và $65,9 \pm 7,8\%$; nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,914$).

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân có bướu ở dạ dày và bướu ở vị trí khác lần lượt là $76,1 \pm 7,8\%$ và $63,9 \pm 7,5\%$, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,278$).

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tái phát thấp, trung bình và cao lần lượt là 100%, $76,3 \pm 9,7\%$ và $63,1 \pm 7,1\%$; sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,305$).

- Ước tính tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của bệnh nhân được phẫu thuật triệt để cao hơn bệnh nhân chỉ được phẫu thuật tạm bợ ($84,3 \pm 5,4\%$ so với $47,7 \pm 9,4\%$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- Phân tích đa biến các yếu tố tiên lượng:

Chúng tôi tiến hành phân tích đa biến các yếu tố độc lập bằng phép Hồi quy Cox nhằm tìm ra biến số tiên lượng độc lập đối với tình trạng sống còn toàn bộ. Các yếu tố được khảo sát là: giới tính (nam và nữ), tuổi (≤ 40 và > 40), chỉ số ECOG (=1 và =2), cách mổ (triệt để và tạm bợ), vị trí (dạ dày và ngoài dạ dày), số phân bào (≤ 5 , 6-10 và $> 10/50QTL$), kích thước bướu ($\leq 5\text{cm}$, $> 5-10\text{cm}$ và $> 5\text{cm}$) và nhóm nguy cơ tái phát (thấp, trung bình và cao).

Phân tích đa biến cho thấy chỉ có mức độ phẫu thuật (triệt để hay tạm bợ) là có tiên lượng độc lập đối với tình trạng sống còn toàn bộ ($p = 0,02$). Các biến số: giới tính (nam; nữ), tuổi (≤ 40 ; > 40), chỉ số ECOG (=1; =2), vị trí (dạ dày; ngoài dạ dày), số phân bào (≤ 5 ; 6-10; $> 10/50QTL$), kích thước bướu ($\leq 5\text{cm}$; $> 5-10\text{cm}$; $> 5\text{cm}$) và nhóm nguy cơ tái phát (thấp; trung bình; cao), không có tiên lượng độc lập đối với sống còn toàn bộ ($p > 0,05$).

Chương 4 – BÀN LUẬN

4.1- Đặc điểm nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

4.1.1- Giới tính: tổng hợp từ y văn cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam giới và nữ giới tương tự nhau hoặc nam giới chỉ hơi trội hơn so với nữ giới. Chúng tôi ghi nhận những bệnh nhân bướu mô đệm đường tiêu hóa là nam giới chiếm đến 64% (70/109 trường hợp) so với 36% ở nữ giới (39/109 trường hợp).

4.1.2- Tuổi mắc bệnh: Theo dữ liệu phân tích tại Mỹ, độ tuổi trung bình lúc chẩn đoán là 63 tuổi. Trong loạt nghiên cứu của Tryggvason và Goerres vào năm 2005, tuổi trung bình lúc chẩn đoán BMĐĐTH lần lượt là 66 tuổi và 69 tuổi. Mai Trọng Khoa và cộng sự ghi nhận tuổi mắc bệnh trung bình là 53,2 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 51,9 tuổi.

4.1.3- Vị trí bướu: Theo y văn, tần suất của BMĐĐTH xảy ra nhiều nhất ở dạ dày (60-70%), kế tiếp là ruột non, rồi đến đại-trực tràng, và rất hiếm gặp ở thực quản (<3%). Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận BMĐĐTH gặp nhiều nhất vẫn là dạ dày (42,2%), kế tiếp là ruột non (36,7%), rồi đến đại-trực tràng (14,7%), thực quản ít gặp nhất (0,9%). Ngoài ra còn ghi nhận thêm 6 trường hợp (5,5%) BMĐĐTH tại mạc treo.

4.2- Triệu chứng lâm sàng

Đa số các tác giả đều ghi nhận đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng ghi nhận có tình trạng đau bụng vùng thượng vị hoặc đau bụng vùng quanh rốn (63 trường hợp, 58%). Theo nghiên cứu của P.J. Roberts và cộng sự, khoảng 10% trường hợp bướu sờ được trên lâm sàng. Tuy nhiên ở nghiên cứu của chúng tôi, bướu vùng bụng sờ được chiếm tỷ lệ lên đến 49,5% (54 trường hợp), trong

đó có đến 32 trường hợp bướu kém di động. Nhìn chung, lâm sàng không có những triệu chứng đặc hiệu, vì thế cần có sự hỗ trợ thêm về mặt cận lâm sàng để chẩn đoán loại bệnh lý này.

4.3- Triệu chứng cận lâm sàng

4.3.1- Siêu âm bụng: trong điều kiện Việt Nam, siêu âm bụng vẫn đóng vai trò nhất định góp phần không nhỏ trong chẩn đoán BMĐĐTH. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 79% bệnh nhân phát hiện được bướu ổ bụng qua phương tiện này.

4.3.2- Nội soi tiêu hóa: đối với những trường hợp bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa, đau bụng hoặc có những triệu chứng gây tắc nghẽn đường tiêu hóa, nội soi là phương tiện thường được thực hiện sớm để chẩn đoán BMĐĐTH. Nghiên cứu của chúng tôi có 31 trường hợp được nội soi tiêu hóa trước mổ.

4.3.3- X quang đường tiêu hóa có cản quang: chụp đối quang kép có thể dùng trong chẩn đoán BMĐĐTH đối với những trường hợp bướu có kích thước đủ lớn để cho hình ảnh trên phim. Nghiên cứu của chúng tôi có 34 trường hợp (chiếm 31%) được thực hiện chụp X quang đường tiêu hóa cản quang.

4.3.4- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá toàn bộ ổ bụng tốt hơn. Chụp cắt lớp vi tính còn cho thấy hình ảnh bướu xâm lấn các cơ quan lân cận, cũng như có thể giúp tìm những ổ nguyên phát khác, kể cả hình ảnh di căn xa. Nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp chụp cắt lớp vi tính cho thấy bướu xâm lấn cơ quan lân cận như gan, lách, tụy, cơ hoành,..., và 18 trường hợp bướu cho hình ảnh di căn gan.

4.4- Chẩn đoán trước mổ: tại thời điểm chẩn đoán, chúng tôi ghi nhận có 34 bệnh nhân đã có di căn gan và/hoặc gieo rắc ổ bụng, chiếm tỷ lệ 31,2% các trường hợp. Theo y văn,

BMĐĐTH thường cho di căn xa vào gan hoặc gieo rắc phúc mạc, ít khi cho di căn xương và phổi. Trong một nghiên cứu của Trung tâm Ung thư Memorial Sloan-Kettering với 200 bệnh nhân, trong số các trường hợp di căn xa, di căn gan chiếm tỷ lệ 65%, sau đó là di căn đến phúc mạc với 21%. Rất hiếm gặp di căn hạch bạch huyết, di căn xương hoặc di căn phổi.

4.5- Điều trị

4.5.1- Phẫu trị: điều trị BMĐĐTH thời điểm hiện tại cần một đội ngũ điều trị đa mô thức bao gồm cả phẫu trị và nội khoa. Tuy nhiên, phẫu trị vẫn đóng vai trò là điều trị chủ lực. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có tổng cộng 66 trường hợp được điều trị triệt để, chiếm tỷ lệ 60,6%. Tỷ lệ này tương đương với một số nghiên cứu trước đây (Bảng 4.44). Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện nay cho thấy tỷ lệ phẫu thuật triệt để cao hơn.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

+ Kích thước và vị trí bướu: kích thước trung bình của bướu nguyên phát ghi nhận trong lần mổ đầu là $12,3 \pm 5,7$ cm, thay đổi từ 3 đến 32cm. Theo y văn, BMĐĐTH có kích thước rất thay đổi, từ dưới 1cm, đến trên 40 cm, trung bình là 5cm.

+ Vi thể và hoá mô miễn dịch: 109 trường hợp đều có kết quả vi thể là bướu mô đệm đường tiêu hoá, với CD117 (+). Theo y văn, tổng hợp từ nhiều nghiên cứu, tỷ lệ CD117 dương tính chiếm 90-95%, CD34 dương tính 60 – 85%, 30-40% dương tính với SMA, chỉ 5% dương tính với S100.

- Phân bố về chỉ số phân bào: nghiên cứu này ghi nhận có 31,2% các trường hợp có chỉ số phân bào thấp ($\leq 5/50$ QTL), 11,0% trường hợp có chỉ số phân bào trung bình (6-10 phân bào/ 50 QTL) và có 57,8% trường hợp có chỉ số phân bào cao

(> 10/50 QTL) (Bảng 3.22). Nghiên cứu của Ngô Quốc Đạt [2] cho thấy 55,7% trường hợp có chỉ số phân bào thấp ($\leq 5/50$ QTL).

4.5.2- Điều trị nhắm trúng đích sau mổ: trong nghiên cứu này, có 75 trường hợp được điều trị sau mổ bằng Imatinib, với 12% là những trường hợp còn bướu sau mổ, 54,6% là những trường hợp tái phát tại chỗ, và 33,4% là có di căn xa (di căn gan, lan tràn ổ bụng). Tác dụng phụ khi điều trị Imatinib ít gặp, chiếm tỷ lệ chung từ 8 – 15%. Ghi nhận của tác giả Phạm Xuân Dũng và cộng sự, các tác dụng thường gặp khi điều trị bằng Imatinib là thiếu máu, phù, giảm bạch cầu.

4.6- Theo dõi và kết quả điều trị: trong số 66 trường hợp được phẫu thuật cắt bướu triệt để có 36 trường hợp tái phát (chiếm tỷ lệ 54,5%). Nghiên cứu của Rutkowski trên 335 trường hợp BMĐĐTH được điều trị phẫu thuật triệt để, thì tỷ lệ tái phát chung là 45,1%, với thời gian theo dõi trung bình 31 tháng. Nghiên cứu của Al-Kalaawy tại Ai Cập cũng cho thấy tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 53,4%, tỷ lệ sống còn không bệnh 5 năm là 46,5% (đối với những bệnh nhân được phẫu thuật triệt để). Thời gian sống còn không bệnh trung bình là 43 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm đối với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật triệt để là 84,3%, tỷ lệ sống còn không bệnh tái phát 5 năm là 39,2%, thời gian sống còn không bệnh tái phát trung bình là 30,7 tháng. Như vậy, tuy có tỷ lệ tái phát chung cũng gần tương tự nhau, nhưng tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm của nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (53,4% so với 84,3%).

4.7- Các yếu tố tiên lượng

Từ khi A.P. Stout và cộng sự chỉ ra số lượng phân bào là một yếu tố tiên lượng cho BMĐĐTH, đã có rất nhiều tiêu chuẩn được tìm thấy và cho thấy có mối liên hệ với sống còn và tái phát bướu, bao gồm: vị trí, kích thước bướu, chỉ số phân bào, hoại tử bướu, các tính chất xâm lấn, có triệu chứng hay không, loại mô bệnh học, có di căn hạch hoặc di căn xa,

Theo các phân tích đơn biến về ảnh hưởng của các yếu tố khác nhau lên sống còn toàn bộ, chúng tôi ghi nhận yếu tố kích thước bướu và mức độ phẫu thuật có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Dematteo (2007) tại Mỹ trên 127 trường hợp BMĐĐTH, phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố là vị trí, kích thước bướu, và chỉ số phân bào có thể tiên đoán tỷ lệ sống còn toàn bộ. Phân tích đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận mức độ phẫu thuật là yếu tố duy nhất có ý nghĩa tiên lượng độc lập đối với sống còn toàn bộ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 109 trường hợp bướu mô đệm đường tiêu hóa được điều trị tại bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh từ 2006 - 2010, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1- Bướu mô đệm đường tiêu hóa thường gặp ở nam giới hơn, tuổi mắc bệnh trung bình là 51,9 tuổi. Bướu thường gặp ở dạ dày và ruột non; các vị trí khác hiếm gặp hơn là đại-trực tràng, mạc treo và thực quản. Gần 50% bệnh nhân khám được khối bướu vùng bụng với kích thước trung bình là 12,3 cm. Hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cho thấy khối bướu lớn, có hoại tử, hóa nang và tăng sinh mạch máu. Chẩn đoán BMĐĐTH dựa

vào các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh với CD117 (+). Có 72,5% các trường hợp thuộc nhóm nguy cơ tái phát cao.

2- Phẫu thuật triệt để cắt rộng bướu với bờ diện cắt an toàn chiếm 60,6% các trường hợp. Có 54,5% bướu tái phát sau phẫu thuật triệt để. Các trường hợp sau mổ còn bướu được điều trị bằng Imatinib, với liều điều trị là 400 mg mỗi ngày. Imatinib có vai trò quan trọng trong điều trị BMĐĐTH. Tỷ lệ đáp ứng với Imatinib là 58,7% (13,3% đáp ứng hoàn toàn và 45,4% đáp ứng một phần).

3- Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 69%, thời gian sống còn toàn bộ trung bình là 54,9 tháng. Đối với các bệnh nhân được phẫu thuật triệt để, tỷ lệ sống còn không bệnh tái phát 5 năm là 39,2%. Đối với các bệnh nhân được phẫu thuật tạm bợ, tỷ lệ sống còn không bệnh tiến triển 5 năm là 18,4%. Mức độ phẫu thuật là yếu tố tiên lượng độc lập đối với tình trạng sống còn toàn bộ.

KIẾN NGHỊ

Trong thực tế lâm sàng, nên nghĩ đến chẩn đoán bướu mô đệm đường tiêu hóa khi các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy khối bướu ổ bụng lớn, có mật độ hỗn hợp và có tăng sinh mạch máu.

Do mức độ phẫu thuật là yếu tố tiên lượng độc lập đối với sống còn toàn bộ, vì vậy khi phẫu thuật cần chú ý cắt trọn khối bướu với bờ diện cắt an toàn, tránh làm vỡ bướu hay gieo rắc bướu.