



NHÂN VÀI TRƯỜNG HỢP

UNG THƯ DẠ DÀY Ở NGƯỜI TRẺ

Bs. Lê Đình Tín

Phòng Khám Tiêu Hóa – Gan Mật



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến:
<http://medichh.nthsoft.vn>
Hoặc app: Medic Hoa Hao



BỆNH ÁN

KHOA TIÊU HÓA-GAN MẬT - PHÒNG: 9

Họ tên:

Địa chỉ:

Nghề nghiệp: **công nhân**

Năm sinh: **1992 - Nữ**

ĐT: **0859**

Số thẻ BHYT:

Huyết áp: **105/78** Mạch: **96** Cao: **150** cm; Nặng: **43** kg; Nhiệt độ: **37°C**

Tiền sử bệnh: Loét dạ dày xuất huyết đã điều trị diệt vi khuẩn *Helicobacter pylori* tháng 7/2021 ở Bv Xuyên Á. Đã tiêm ngừa Covid mũi 2. Mẹ bị K dạ dày, mất 6 năm trước. Có 2 con, con nhỏ 8 tháng tuổi.

Lý do đi khám: ợ chua, nóng rát, cồn cào thượng vị

Lâm sàng: vài tháng nay còn ợ chua, nóng rát, cồn cào thượng vị, ăn vào như nằm trên ngực. Gần đây có uống thuốc gói PHOSPHALUGEL.

Hiện tại tiếp xúc tốt, da niêm hồng, đi lại bình thường.



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593 - 1900 6497
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (028) 3927 0284 (Ext:1134) - Fax: (028) 3927 1224
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com / www.medic-lab.com.vn



S.T.T.: 12

Ngày giờ đăng ký: 05:02:41 10/11/2021

Ngày giờ lấy mẫu: 05:05:00 10/11/2021

Ngày giờ nhận mẫu: 05:10:00 10/11/2021

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: 1992
Số CCCD/Hộ chiếu:

Phái: Nữ
Quốc tịch:
ĐT: 0859

Địa chỉ:
Đơn vị: Medic
Nơi lấy mẫu: Sàng Lọc
Loại mẫu: H.Thờ/D.Ty hâu

BS yêu cầu: LÊ.Đ.TÍN (PK.TIÊU HOÁ GAN MẬT)
Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. MIỀN DỊCH - IMMUNOLOGY			
XN nhanh kháng nguyên SARS CoV-2 (Dịch ty hâu)	Âm tính	ÂM TÍNH	
II. XÉT NGHIỆM ĐẶC BIỆT - SPECIAL TEST			
Test H.Pylori C13 (Breath test)	NEG 2.6/1000	(NEG < 4/1000)	

Ngày: 10/11/2021
Khoa Xét nghiệm

Khoa : SIÊU ÂM TỔNG QUÁT - Phòng 13

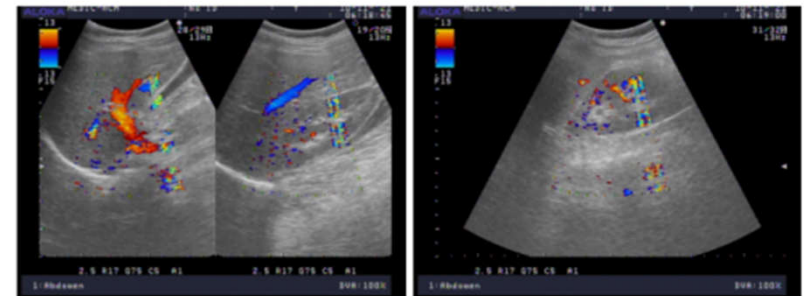
Máy: ProSound-3500

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID :
Ngày ĐK: 10/11/2021 06:21
Họ và tên : 29 tuổi Nữ
Địa chỉ :
Lâm sàng : Ợ CHUA, NÓNG RÁT, CÓN CÁO THƯỢNG VỊ
BS chỉ định : BS. CKI. LÊ ĐÌNH TÍN BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bứu, vách mỏng.
- Vùng chậu không u. NỘI MẠC TỬ CUNG 11MM
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



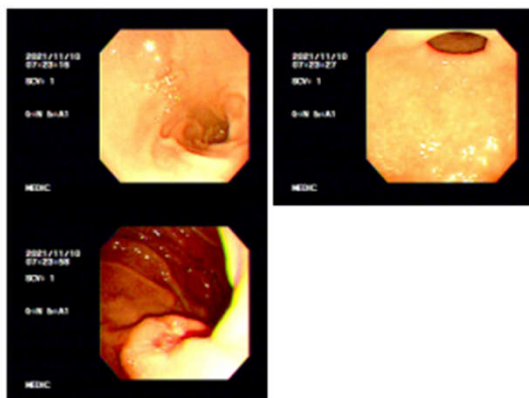
KẾT LUẬN: SIÊU ÂM BỤNG CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG

Khoa: NỘI SOI TIÊU HÓA
Máy: Olympus GIF240
KẾT QUẢ NỘI SOI

ID : Ngày ĐK: 10/11/2021 29 tuổi Nữ
Họ và tên :
Địa chỉ :
Lâm sàng : Ợ CHUA, NÓNG RÁT, CỐN CÀO THƯỢNG VỊ
Bác sĩ chỉ định : BS. CKI. LÊ ĐÌNH TÍN BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : NS DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

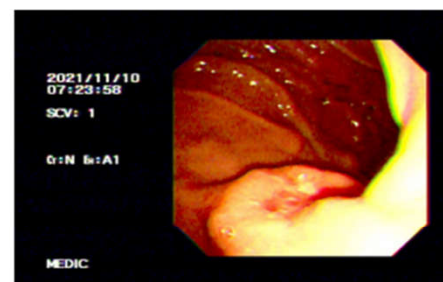
- Thực quản: niêm mạc bình thường, không hẹp, không bướu.
- Đường Z cách cung răng : 38 cm.
- Dạ dày :
 - Tâm vị : bình thường
 - Phình vị : bình thường
 - Thân dạ dày : 1/3 TRÊN CÓ 1 Ổ LOÉT D # 1cm, BỜ PHÙ NẾ (PHOTO 1) + SINH THIẾT
 - Hàng vị : SUNG HUYẾT NHỆ (PHOTO 2)
 - Tiến môn vị : bình thường
 - Môn vị : tròn đều, không hẹp
 - Bờ cong nhỏ : bình thường
 - Bờ cong lớn : bình thường
- Hành tá tràng : bình thường (PHOTO 3)



KẾT LUẬN : LOÉT THÂN DẠ DÀY
VIÊM NHỆ HÀNG VỊ
Đề nghị : NHỚ LẤY KẾT QUẢ GPBL THEO HẸN

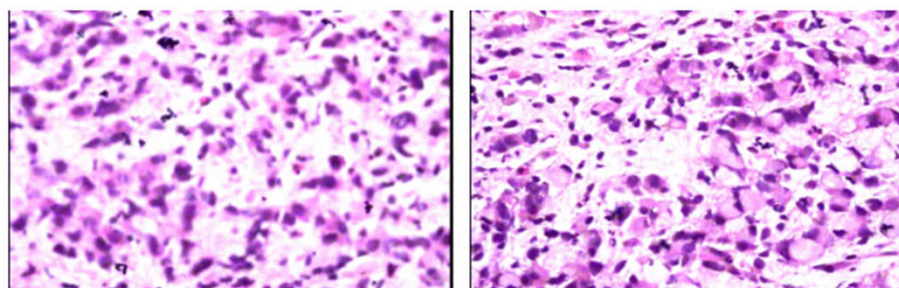
PHIẾU CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

ID Medic : Ngày nhận mẫu: 10/11/2021 15:58
Bệnh nhân : Năm sinh: 1992 Nữ
Địa chỉ : 08594
Bác sĩ chỉ định : Bs Lâm Cẩm Tú Bệnh Viện : CTTNHHYT HÒA HẢO/NS
Lâm sàng : Thân dạ dày 1/3 trên có 1 ổ loét d # 1 cm, bờ phù nề
GPB ĐẠI THỂ : 2 Mô 0.3 cm



*Đã đến Bv Ung Bướu
nhưng không chịu phẫu
thuật vì sợ phải cắt bỏ
dạ dày.*

GPB Vi Thể :
Phần lớn mẫu thử là các dây tế bào, không thành dạng tuyến, ít hơn 50% dạng ống với chất hoại tử trong lòng ống. Các tế bào u có nhân dị dạng với nhiều phân bào. Mô đệm giữa các tuyến xơ hoá hoặc có chất hoại tử.



KẾT LUẬN : CARCINÔM TUYẾN BIỆT HOÁ KÉM, CỦA DẠ DÀY (POORLY DIFFERENTIATED ADENOCARCINOMA OF STOMACH). (C16. 9)



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến:
<http://medichh.nthsoft.vn>
Hoặc app: Medic Hoa Hao



BỆNH ÁN

KHOA TIÊU HÓA-GAN MẬT - PHÒNG: 9

Họ tên:

Địa chỉ:

Nghề nghiệp: **nội trợ**

Năm sinh: **1991 - Nữ**

ĐT: **0328**

Số thẻ BHYT:

Huyết áp: **110/80** Mạch: **105** Cao: **156** cm; Nặng: **35** kg; Nhiệt độ: **37°C**

Tiền sử bệnh: Chưa tiêm ngừa Covid. Test nhanh (-) Có 4 con, đang cho con 4 tháng tuổi bú. Gia đình

Lý do đi khám: ợ hơi, nổi gò đau thượng vị, sôi ruột có anh chị bị đau dạ dày nhưng chưa ai bị ung thư.

Lâm sàng: ợ hơi, nổi gò đau thượng vị, mau đói, sôi ruột. 2-3 ngày đi cầu một lần. Hay nhức đầu. 5

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
 Ngày tháng năm sinh: **1991**
 Số CCCD/Hộ chiếu:
 Địa chỉ:
 Đơn vị: **Medic**
 Nơi lấy mẫu: **Lâu 1**
 Loại mẫu: **Máu**

Phái: **Nữ**
 Quốc tịch:
 ĐT: **0328**

BS yêu cầu: **LÊ.Đ.TÍN (PK.TIÊU HOÁ GAN MẬT)**
 Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION		
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)*		
WBC	9.84	(4.0-10.0)10 ⁹ /L
% Neu	64.9	(40 - 74 %)
% Lym	20.1	(19 - 48 %)
% Mono	9.1	(3 - 9 %)
% Eos	5.6	(0 - 7 %)
% Baso	0.3	(0 - 1.5 %)
# Neu	6.36	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L
# Lym	1.97	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L
# Mono	0.89	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L
# Eos	0.55 H	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L
# Baso	0.03	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L
RBC	4.94	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L
Hb	11.7 L	(12 - 18 g/dL)
Hct	35.5	(35 - 52 %)
MCV	71.8 L	(80 - 97 fL)
MCH	23.7 L	(26 - 32 pg)
MCHC	33.1	(31 - 36 g/dL)
RDW	14.6	(11.0 - 15.7%)
PLT	456 H	(130 - 400)10 ⁹ /L
MPV	7.8	(6.30 - 12.0 fL)

II. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST

HP Test-IgG (Elisa) **POS 223.78 U/mL** (< 20 U/mL; GRAYZONE: 20 - 30)
 HP Test-IgM (Elisa) **NEG 26.18 U/mL** (< 30 U/mL; GRAYZONE: 30 - 40)

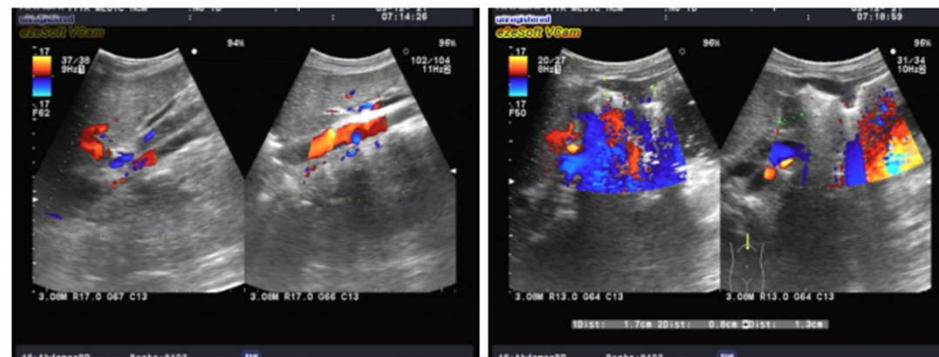
Ngày: **09/12/2021**
 Khoa Xét nghiệm

Khoa : **SIÊU ÂM TỔNG QUÁT - Phòng 2**Máy: **Toshiba F37****KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU**

ID
 Họ và tên : **I** 30 tuổi Nữ
 Địa chỉ :
 Lâm sàng : **Ợ HƠI, NÓI GÒ ĐAU THƯỢNG VỊ, SÓI RUỘT**
 BS chỉ định : **BS. CKI. LÊ ĐÌNH TÍN** BV chỉ định : **MEDIC**

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú. Tĩnh mạch của không dẫn, dòng chảy hướng gan, vận tốc trong giới hạn bình thường.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không dẫn. Ống mật chủ không sỏi, không dẫn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bứu, vách mỏng.
- Tử cung: đồng dạng. Buồng trứng: không u.
- Động mạch chủ bụng không phình. Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.
- *VÙNG HANG VỊ - TIỀN MÔN VỊ THÀNH DÀY KHÔNG ĐỀU # 8 - 17 MM, MẮT CẤU TRÚC LỚP.



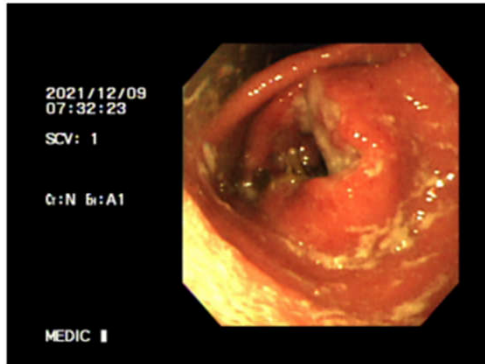
KẾT LUẬN : DÀY KHÔNG ĐỀU + MẮT CẤU TRÚC LỚP THÀNH DẠ DÀY VÙNG HANG VỊ - TIỀN MÔN VỊ.

Khoa: NỘI SOI TIÊU HÓA
Máy: Olympus GIF240
KẾT QUẢ NỘI SOI

ID :
Họ và tên : Ngày ĐK: 09/12/2021 30 tuổi Nữ
Địa chỉ : - 0328
Lâm sàng :Ợ HƠI, NỖI GÒ ĐAU THƯỢNG VỊ, SỎI RUỘT
Bác sĩ chỉ định : BS. CKI. LÊ ĐÌNH TÍN BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : NS DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

1. Thực quản: niêm mạc bình thường, không hẹp, không bướu.
2. Đường Z cách cung răng : 38 cm.
3. Dạ dày:
 - Tâm vị: bình thường
 - Phình vị: bình thường
 - Thân dạ dày: bình thường
 - Hang vị - Tiến môn vị: CÓ SANG THƯƠNG LOÉT CÚNG BỜ CAO, HẸP LÒNG (PHOTO)+ SINH THIẾT

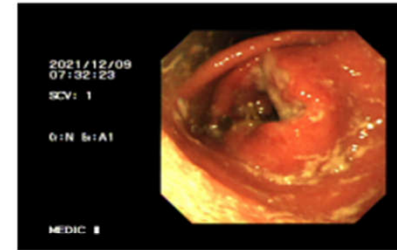


KẾT LUẬN : K DẠ DÀY
Đề nghị : NHỚ LẤY KẾT QUẢ GPBL THEO HẸN

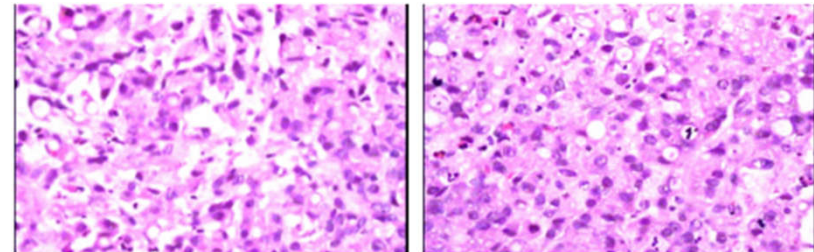
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 09/12/2021
(Bác sĩ đã ký)

PHIẾU CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

ID Medic : Ngày nhận mẫu: 09/12/2021 16:27
Bệnh nhân : N
Địa chỉ : A
Bác sĩ chỉ định : Bs Phạm Chí Toàn Bệnh Viện : CTTNHHYT HÒA HẢO/ NS
Lâm sàng : Hang vị - tiến môn vị: Sang thương loét cứng, bờ cao hẹp lòng / K dạ dày
GPB ĐẠI THỂ : Vài mô d # 0,2 cm



GPB Vi Thể :
Phần lớn mẫu thử là các dây tế bào, không thành dạng tuyến, ít hơn 50% dạng ống với chất hoại tử trong lòng ống. Các tế bào u có nhân dị dạng với nhiều phân bào. Mô đệm giữa các tuyến xơ hoá hoặc có chất hoại tử.



KẾT LUẬN : CARCINÔM TUYẾN BIỆT HOÁ KÉM, CỦA DẠ DÀY (POORLY DIFFERENTIATED ADENOCARCINOMA OF STOMACH). (C16. 9)

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 10/12/2021

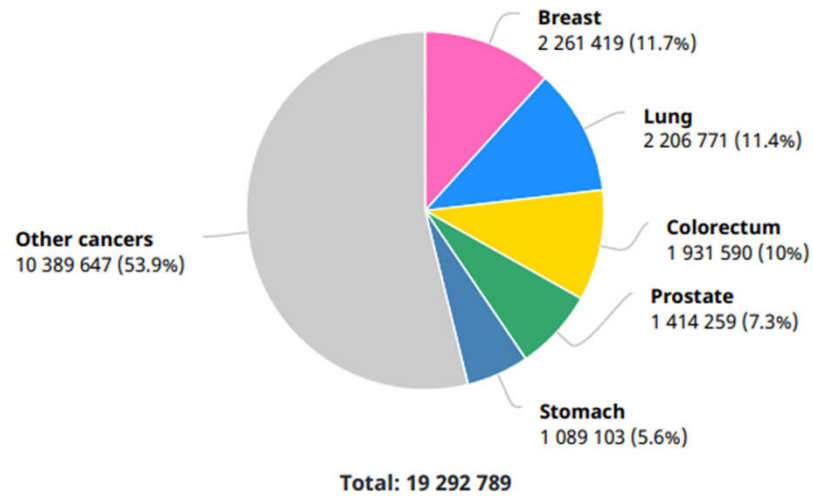
*Không dám phẫu thuật vì
nghèo, sợ sức khoẻ kém...*

- 2 trường hợp ung thư dạ dày với kết quả Giải phẫu bệnh lý đều là carcinôm tuyến biệt hoá kém xảy ra ở nữ 29 và 30 tuổi, còn rất trẻ, trong tuổi sinh sản và đang nuôi con nhỏ.
- 1 trường hợp có mẹ bị ung thư dạ dày, trường hợp còn lại thì không.
- Đã điều trị hay có nhiễm *Helicobacter pylori*.
- Không đồng ý phẫu thuật dù đã hơn 5 tháng sau ngày chẩn đoán.
- Tìm thấy khá nhiều bài báo về Ung thư dạ dày ở người trẻ (Gastric Cancer in Young Adults) trên internet, xin trình bày tóm tắt một số ý chính qua số liệu thống kê, nguyên nhân và tầm soát bệnh.

World

Source: Globocan 2020

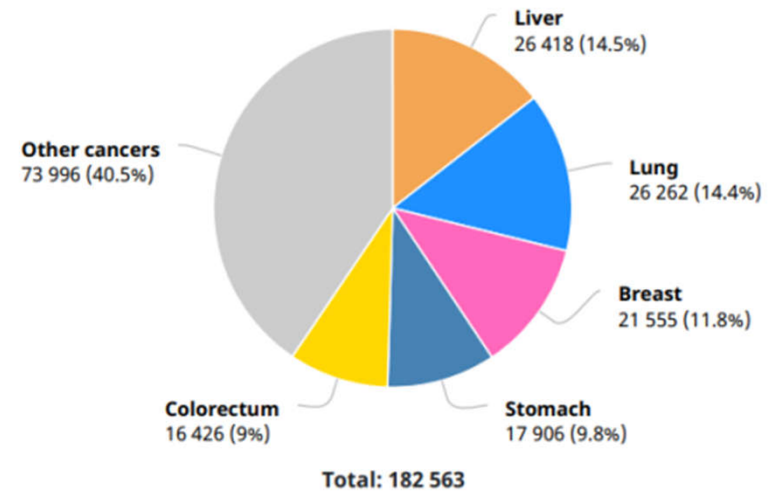
Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



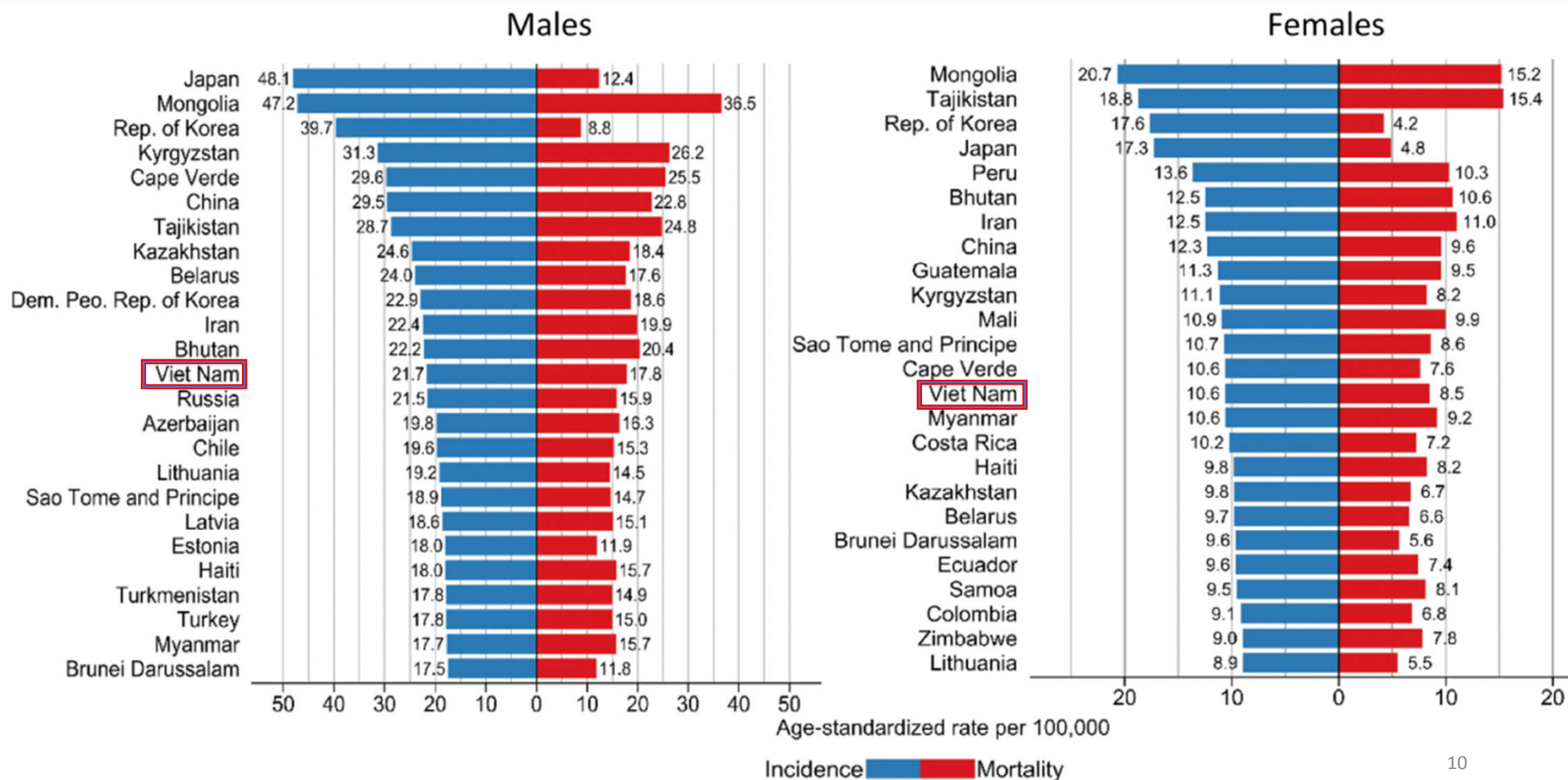
Viet Nam

Source: Globocan 2020

Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



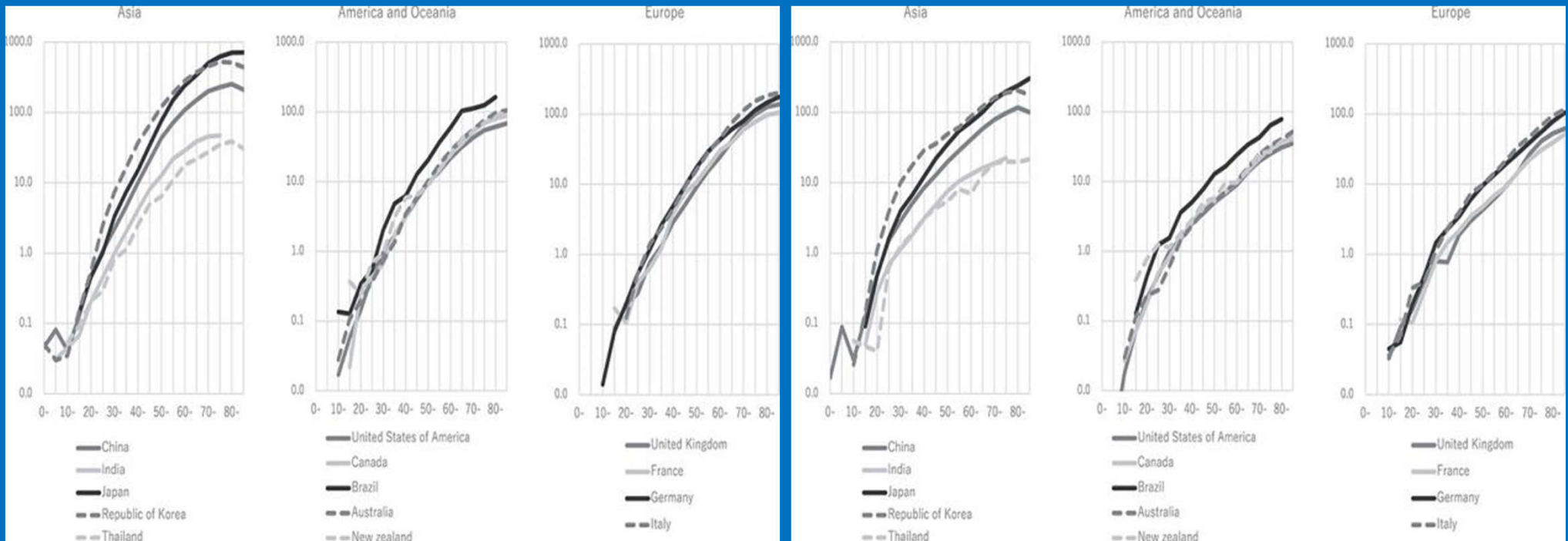
Age-standardised incidence and mortality rates per 100,000 of the 25 highest incidence countries of gastric cancer, GLOBOCAN 2020.



Age-specific stomach cancer incidence rate per 100 000 people

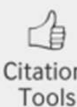
male

female



Jpn J Clin Oncol, Volume 50, Issue 6, June 2020, Pages 724–725,

<https://doi.org/10.1093/jco/tyaa081>



Stomach
Original research



Is gastric cancer becoming a rare disease? A global assessment of predicted incidence trends to 2035

Melina Arnold¹, Jin Young Park², M Constanza Camargo³, Nuno Lunet^{4, 5}, David Forman⁶, Isabelle Soerjomataram¹

Correspondence to Dr Melina Arnold, Section of Cancer Surveillance, International Agency for Research on Cancer, 69008 Lyon, France; arnoldm@iarc.fr

Abstract

Objectives The incidence of gastric cancer continues to decrease globally, approaching levels that in some populations could define it as a rare disease. To explore this on a wider scale, we predict its future burden in 34 countries with long-standing population-based data.

Methods Data on gastric cancer incidence by year of diagnosis, sex and age were extracted for 92 cancer registries in 34 countries included in *Cancer Incidence in Five Continents Plus*. Numbers of new cases and age-standardised incidence rates (ASR per 100 000) were predicted up to 2035 by fitting and extrapolating age–period–cohort models.

Results Overall gastric cancer incidence rates are predicted to continue falling in the future in the majority of countries, including high-incidence countries such as Japan (ASR 36 in 2010 vs ASR 30 in 2035) but also low-incidence countries such as Australia (ASR 5.1 in 2010 vs ASR 4.6 in 2035). A total of 16 countries are predicted to fall below the rare disease threshold (defined as 6 per 100 000 person-years) by 2035, while the number of newly diagnosed cases remains high and is predicted to continue growing. In contrast, incidence increases were seen in younger age groups (below age 50 years) in both low-incidence and high-incidence populations.

Conclusions While gastric cancer is predicted to become a rare disease in a growing number of countries, incidence levels remain high in some regions, and increasing risks have been observed in younger generations. The predicted growing number of new cases highlights that gastric cancer remains a major challenge to public health on a global scale.





OKAYAMA UNIV.

岡山大学学術成果リポジトリ

OKAYAMA UNIVERSITY SCIENTIFIC ACHIEVEMENT REPOSITORY

OUSAR TOP | Okayama University | Okayama University Library

Browse

- [OU Author List](#)
- [Content Type List](#)
- [Publisher List](#)
- [Thesis Type List](#)
- [Date of Granted List](#)
- [Thesis Fulltext List](#)
- [OU Project List](#)

Reality of Gastric Cancer in Young Patients: The Importance and Difficulty of the Early Diagnosis, Prevention and Treatment



Cited 0 times in Scopus

Cited 1 times in WoS

DOI : <http://doi.org/10.18926/AMO/61204>

- The definitions of gastric cancer in young patients have differed among studies. In some studies, gastric cancer in young patients is defined as that manifesting before 40 years old, while in others, the definition generally includes all patients diagnosed before 45 years old. For this reason, the reported clinicopathological features of gastric cancer in young patients are varied. Approximately 10% of gastric cancer patients reportedly fall into the “gastric cancer in young patients” category.
- Before 40 years old, the incidence of gastric cancer is higher in women than in men, while in those older than 40 years old, the incidence of gastric cancer increases dramatically in men.

Gastric Cancer in Young Adults: A Different Clinical Entity from Carcinogenesis to Prognosis

Jian Li

*Department of General Surgery, The Third Hospital of Mianyang Sichuan Mental Health Center, Mianyang, Sichuan 621000, China***Table 1**

Incidence and mortality of gastric cancer to age 39. GLOBOCAN 2018

Country	Incidence				Mortality			
	Numbers	ASR (world)	Crude rate	Cum. risk	Numbers	ASR (world)	Crude rate	Cum. risk
Worldwide	26975	0.46	0.55	0.02	18063	0.31	0.37	0.02
China	7236	0.66	0.97	0.03	4739	0.44	0.63	0.02
India	4360	0.40	0.46	0.02	3160	0.29	0.34	0.01
Brazil	969	0.56	0.74	0.03	518	0.29	0.40	0.02
Korea, republic of	939	2.4	4.0	0.13	187	0.48	0.79	0.03
Congo, Demographic of Republic	910	1.7	1.3	0.09	499	0.97	0.71	0.05
United States	681	0.30	0.40	0.02	316	0.14	0.18	0.01
Bangladesh	673	0.47	0.56	0.02	575	0.40	0.48	0.02
Vietnam	630	0.79	1.0	0.04	484	0.59	0.79	0.03
Japan	548	0.68	1.1	0.04	227	0.30	0.46	0.02
Russian Federation	548	0.48	0.74	0.02	428	0.34	0.54	0.02

Risk factors for gastric cancer

Authors: Annie On On Chan, MD, Benjamin Wong, DSc, MD, PhD

Section Editor: Mark Feldman, MD, MACP, AGAF, FACG

Deputy Editor: Diane MF Savarese, MD

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Apr 2022**. | This topic last updated: **Jan 18, 2022**.

ENVIRONMENTAL RISK FACTORS:

- Helicobacter pylori
- Diet: Salt and salt-preserved foods, Nitroso compounds
- Obesity
- Smoking
- Occupational exposures: coal and tin mining, metal processing, rubber manufacturing industries
- Epstein-Barr virus
- Gastric surgery
- Cancer survivors who received abdominal irradiation



HOST-RELATED FACTORS:

- Familial predisposition: occurs in approximately 10 percent of cases. Truly hereditary (familial) gastric cancer accounts for 1 to 3 percent of the global burden of gastric cancer and comprises at least three major syndromes:
 - ✓ Hereditary diffuse gastric cancer (HDGC)
 - ✓ Gastric adenocarcinoma and proximal polyposis of the stomach (GAPPS)
 - ✓ Familial intestinal gastric cancer (FIGC).

The risk of developing gastric cancer is high in these families, but only HDGC is genetically explained.

- Other hereditary cancer syndromes: Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer), FAP, Li-Fraumeni syndrome, Peutz-Jeghers syndrome, juvenile polyposis, hereditary breast and ovarian cancer syndrome, and possibly, phosphatase and tensin homolog (PTEN) hamartoma tumor (Cowden) syndrome, but these are all fairly rare causes of gastric cancer.

Nhận xét: những năm gần đây, có lẽ những giải pháp y tế - xã hội làm giảm những yếu tố nguy cơ bên ngoài có thể là nguyên nhân làm giảm tỷ lệ ung thư dạ dày nói chung và tỷ lệ bệnh tăng ở người trẻ phải chăng phản ánh việc chúng ta chưa can thiệp được những yếu tố nguy cơ bên trong người bệnh như những bất thường gen di truyền.

Clinical features, diagnosis, and staging of gastric cancer

Author: Paul F Mansfield, MD, FACS

Section Editors: Kenneth K Tanabe, MD, Jonathan B Kruskal, MD, PhD

Deputy Editors: Diane MF Savarese, MD, Shilpa Grover, MD, MPH, AGAF

Contributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Apr 2022**. | This topic last updated: **Dec 13, 2021**.

Most patients with gastric cancer are symptomatic. Weight loss and persistent abdominal pain are the most common symptoms at initial diagnosis.

- Weight loss may be attributable to anorexia, nausea, abdominal pain, early satiety, and/or dysphagia.
- Abdominal pain tends to be epigastric.
- Dysphagia is a common presenting symptom in patients with cancers arising in the proximal stomach or at the esophagogastric junction.
- Nausea or early satiety may result from the tumor mass.
- Occult gastrointestinal bleeding, with or without iron deficiency anemia, is not uncommon, while overt bleeding (ie, melena or hematemesis) is seen in fewer than 20 percent of cases.
- The presence of a palpable abdominal mass, although uncommon, is the most common physical finding and generally indicates long-standing, advanced disease.
- Patients may also present with signs or symptoms of distant metastatic disease: Lymphatic, Peritoneal spread, Ascites, ...
- More rarely, patients with gastric cancer may present with complications that result from direct extension of the gastric cancer through the gastric wall.

Gastric cancer screening

Authors: Annie On On Chan, MD, Benjamin Wong, DSc, MD, PhD

Section Editors: Mark Feldman, MD, MACP, AGAF, FACG, Joann G Elmore, MD, MPH

Deputy Editors: Shilpa Grover, MD, MPH, AGAF, Diane MF Savarese, MD

Contributor Disclosures

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Apr 2022**. | This topic last updated: **Nov 15, 2021**.

The two main modalities for gastric cancer screening are upper endoscopy and contrast radiography.

Upper endoscopy: allows for direct visualization of the gastric mucosa and for biopsies to be obtained for diagnosing precancerous lesions such as gastric atrophy, intestinal metaplasia, or gastric dysplasia in addition to gastric cancer. Although it is more invasive and has a higher cost, upper endoscopy is also more sensitive for diagnosing a variety of gastric lesions as compared with alternative diagnostic strategies.

Contrast radiography — Double-contrast barium radiographs with photofluorography or digital radiography can identify malignant gastric ulcers, infiltrating lesions, and some early gastric cancers. However, false-negative barium studies can occur in as many as 50 percent of cases. In early gastric cancer, the sensitivity of a barium study may be as low as 14 percent. **The one scenario in which a barium study may be superior to upper endoscopy is in patients with linitis plastica.** The decreased distensibility of the stiff, "leather-flask" appearing stomach is more obvious on the radiographic study, and the endoscopic appearance may be relatively normal.

Other tests: Serum pepsinogen, Serum trefoil factor 3, MicroRNAs, Multianalyte blood tests.

Saturday, 18 April 2020

CASE 583: ANTRUM Linitis Plastica, Dr PHAN THANH HẢI, Dr LẬP, Prof LÊ QUANG NGHĨA, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC, VIETNAM

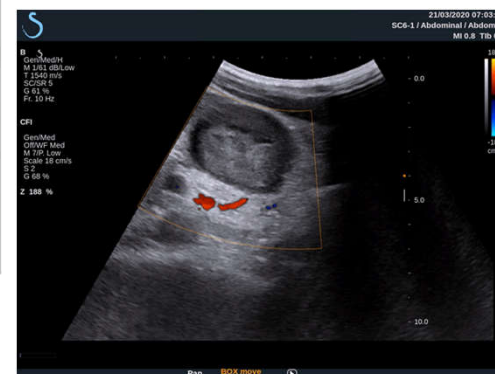
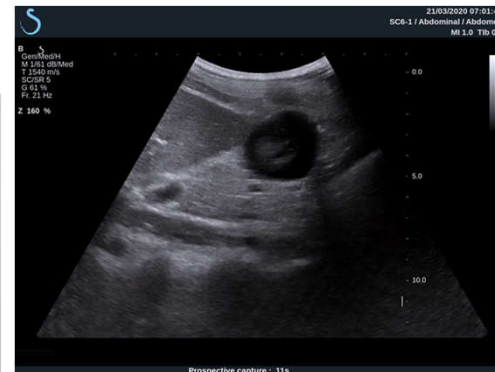
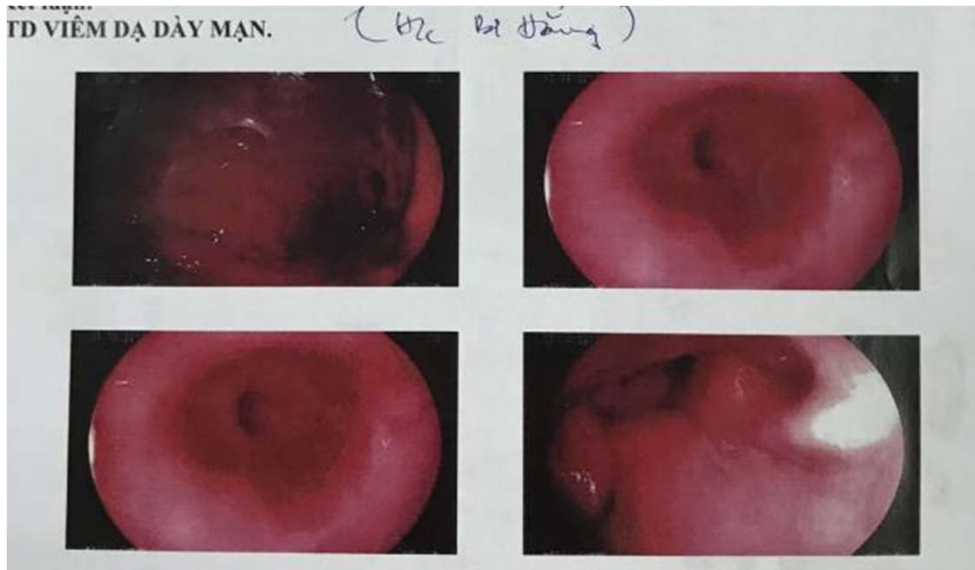
Man 38yo, nurse, could not eat, lost 13 kg for 3 months.

With 3 times of gastroendoscopy and biopsy he was treated as gastritis with Hp-positive (see gastro endoscopy and biopsy result) at Medic HCMC

About Me

 VIETNAMESE MEDIC
ULTRASOUND DIAGNOSIS

[View my complete profile](#)



<https://www.ultrasoundmedicvn.com/2020/04/?m=0>

Saturday, 18 April 2020

CASE 583: ANTRUM Linitis Plastica, Dr PHAN THANH HẢI, Dr LẬP, Prof LÊ QUANG NGHĨA, MEDIC MEDICAL CENTER, HCMC, VIETNAM

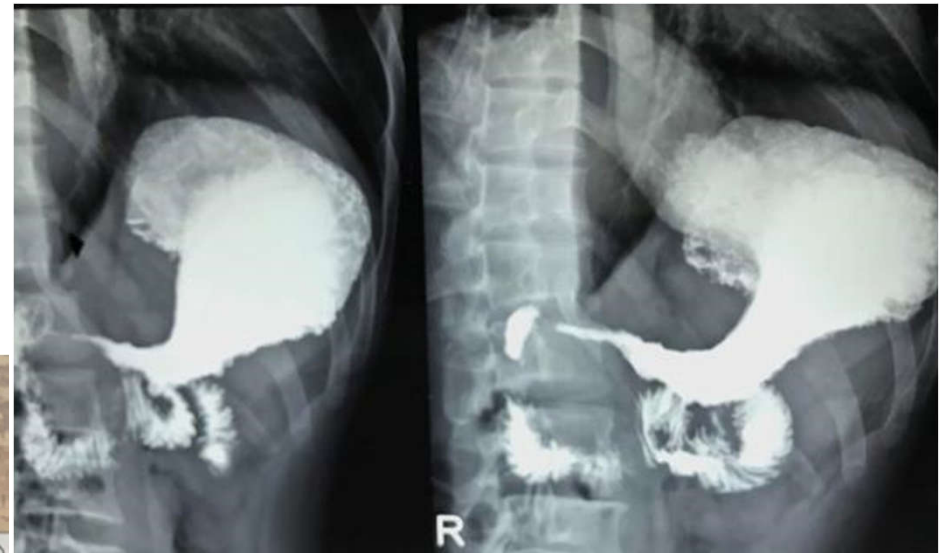
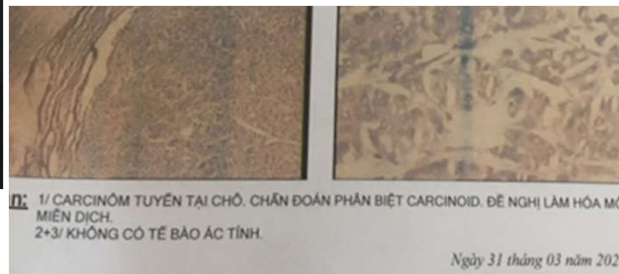
Man 38yo, nurse, could not eat, lost 13 kg for 3 months.

With 3 times of gastroendoscopy and biopsy he was treated as gastritis with Hp-positive (see gastro endoscopy and biopsy result) at Medic HCMC

About Me

 VIETNAMESE MEDIC
ULTRASOUND DIAGNOSIS

[View my complete profile](#)



Gastric cancer screening

Authors: Annie On On Chan, MD, Benjamin Wong, DSc, MD, PhD

Section Editors: Mark Feldman, MD, MACP, AGAF, FACP, Joann G Elmore, MD, MPH

Deputy Editors: Shilpa Grover, MD, MPH, AGAF, Diane MF Savarese, MD

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Apr 2022**. | This topic last updated: **Nov 15, 2021**.

SCREENING STRATEGIES

Screening for gastric cancer is controversial, and recommendations for screening differ based on the incidence of gastric cancer.

Universal screening — Universal or population-based screening for gastric cancer has been implemented in some countries with a high incidence of gastric cancer (eg, Japan, Korea, Venezuela, and Chile). However, the recommended screening modality and intervals vary. As examples:

- ✓ In Japan, population-based screening for gastric cancer is recommended for individuals older than 50 years with conventional double-contrast barium radiograph with photofluorography every year or upper endoscopy every two to three years.
- ✓ In Korea, upper endoscopy is recommended every two years for individuals aged 40 to 75 years.

Selective screening of high-risk subgroups: discussed separately.

Importantly, high-risk patients from families with hereditary diffuse gastric cancer are not good candidates for screening because of the propensity of these tumors to arise beneath an intact mucosa and elude radiographic and endoscopic detection. Instead, prophylactic gastrectomy should be strongly considered in these individuals.

Thực tế VN: đa số bệnh nhân đến yêu cầu nội soi dạ dày để tầm soát ung thư vì có triệu chứng hay có người nhà bị ung thư dạ dày.

Kết luận

- *Bệnh Ung thư dạ dày nói chung và nhất là ở người trẻ đã và vẫn đang là một gánh nặng với xã hội nhất là ở nước ta, nơi bệnh có tỷ lệ cao.*
- *Còn nhiều vấn đề cần làm sáng tỏ trong tình trạng bệnh lý này về nguyên nhân gây bệnh, phương pháp tầm soát bệnh có hiệu quả cho cộng đồng, ...*
- *Thách thức trong công việc hàng ngày của chúng ta là chẩn đoán sớm và nếu có thể, góp phần phòng bệnh bằng cách giúp người bệnh loại bỏ những yếu tố nguy cơ bên ngoài như điều trị *Helicobacter pylori*, điều chỉnh những thói quen ăn uống không đúng, ...*

Tài liệu tham khảo

- <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
- <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>
- <https://academic.oup.com/jjco/article/50/6/724/5848439>
- <http://doi.org/10.18926/AMO/61204> và https://ousar.lib.okayama-u.ac.jp/files/public/6/61204/2020122117235929301/74_6_461.pdf
- <https://gut.bmj.com/content/69/3/323>
- <https://www.hindawi.com/journals/grp/2020/9512707/>
- https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-gastric-cancer?search=gastric%20cancer%20cause&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- <https://www.uptodate.com/contents/gastric-cancer-screening#H7>

Cảm ơn sự chú ý lắng nghe của quý vị.