Nhân một trường hợp

U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

(GastroIntestinal Stromal Tumor _ GIST) Ở DẠ DÀY

Bs. Lê Đình Tín

Phòng Khám Tiêu Hóa – Gan Mật

PHIẾU KHÁM BỆNH

PHÒNG KHÁM TIÊU HÓA-GAN MẬT - PHÒNG: 7

Họ tên: **VĂN** Năm sinh: **1982 - Nam**

Địa chỉ: **Ấp** **Bạc Liêu** ĐT: **089**

Nghề nghiệp: **Công Nhân** Số thẻ BHYT:

Huyết áp - Mạch: **110/68-82** Cao: **170** cm; Nặng: **65** kg; Nhiệt độ: **37**°C

Tiền sử bệnh: Thiếu máu thiếu Sắt đang điều trị.

Lý do đi khám: đau thượng vị

Lâm sàng: đau thượng vị, ăn kém, thường đau đầu tăng khi nhậu

CHỈ ĐỊNH:

1. SIÊU ÂM (1): SA Bụng Tổng Quát Màu

2. NỘI SOI (1): NS dạ dày - tá tràng

3. KHÁM BỆNH (1): Khám CK Tiêu hóa gan mật

XÉT NGHIỆM:

Giờ	Người lấy mẫu
_ _ _ _:_ _ _ _	

TỔNG SỐ XÉT NGHIỆM: 3

NFS (C.B.C)	Test H.Pylori C13 (XN Hơi Thở)	Iron	

CHỈ ĐỊNH BỔ SUNG:

.....

.....

.....

ĐD. LÝ MỸ THANH

(Hoá đơn điện tử phát hành tự động. Có sau 5 ngày. Tra cứu trên web hoặc app Medic)

Ngày 10 tháng 07 năm 2024 - 08:42

Bác sĩ

BS. CKI. LÊ ĐÌNH TÍN

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

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

Họ tên: **VĂN** Phái: **Nam**
Ngày tháng năm sinh: **1982** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu: ĐT: **089**
Địa chỉ: **ẤP** **BẠC LIÊU**
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Lầu 2** BS yêu cầu: BS. CKI. LÊ ĐÌNH TÍN
Loại mẫu: **Máu/H.Thở** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ		KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION				
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)[1]	*			
WBC	**4.3**		(4.0 - 10.5)10^9/L	*QTHH019*
% Neu	**51.6**		(40 - 74 %)	
% Lym	**27.8**		(19 - 48 %)	
% Mono	**19.1**		(3 - 9 %)	
% Eos	**1.0**		(0 - 7 %)	
% Baso	**0.5**		(0 - 1.5 %)	
# Neu	**2.2**		(1.7 – 7.0) 10^9/L	
# Lym	**1.2**		(1.0 – 4.0) 10^9/L	
# Mono	**0.8**		(0.1 – 1.0) 10^9/L	
# Eos	**0.0**		(0 – 0.5) 10^9/L	
# Baso	**0.0**		(0 – 0.2) 10^9/L	
RBC		***3.74 L***	(3.80 - 5.60)10^12/L	*QTHH020*
Hb		***10.6 L***	(12.0 - 18.0 g/dL)	*QTHH025*
Hct		***33.1 L***	(35 - 52 %)	
MCV	**88.4**		(80 - 100 fL)	
MCH	**28.5**		(26 - 32 pg)	
MCHC	**32.2**		(32 - 36 g/dL)	
RDW		***25.5 H***	(11.0 - 15.7%)	
PLT	**346**		(150 - 400)10^9/L	*QTHH021*
MPV	**6.9**		(6.30 - 12.0 fL)	
II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY				
Iron (Sắt/HT)[2]		***19.48 L***	(50 - 168 µg/dL)	*QTSH088*
III. XÉT NGHIỆM ĐẶC BIỆT - SPECIAL TEST				
Test H.Pylori C13 (Breath test)	***POS 5.5/1000***		(NEG < 4/1000)	

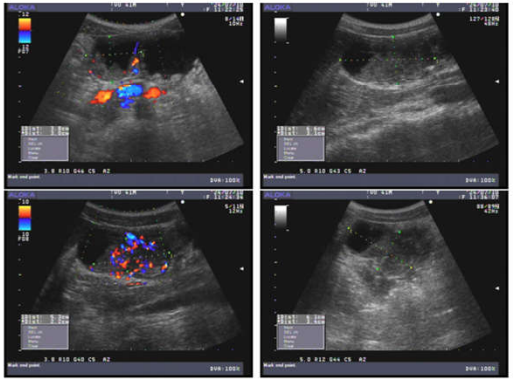
Khoa : **SIÊU ÂM TỔNG QUÁT** - Phòng 22
Máy: **ALOKA -ProSound SSD4000**

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID : Ngày ĐK: 10/07/2024 09:22
Họ và tên : **VĂN** **42** tuổi **Nam**
Địa chỉ : Ấp Bạc Liêu -- 089
Chẩn đoán sơ bộ : ĐAU TV KHOANG 1 NAM, VIEM DẠ DAY / THIẾU MÁU THIẾU SẮT ĐANG ĐIỀU TRỊ.
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 dãn. Ống mật chủ không sỏi, không dãn. 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 bướu, vách mỏng.
- TIỀN LIỆT TUYẾN: Không to.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.
- VÙNG THƯỢNG VỊ: CÓ CẤU TRÚC KT = 66 X 31 X 38 MM DÍNH VÁCH HANG VỊ, GỒM PHẦN ĐẶC ECHO HỖN HỢP & PHẦN DỊCH, CÓ NHIỀU MẠCH MÁU TRONG PHẦN ĐẶC & VÁCH.



KẾT LUẬN : **NGHĨ GIST DẠ DÀY HOẠI TỬ TẠO NANG 1 PHẦN.**

Đề nghị : **MSCT BỤNG.**

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 10/07/2024 12:34
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Lê Văn Tài

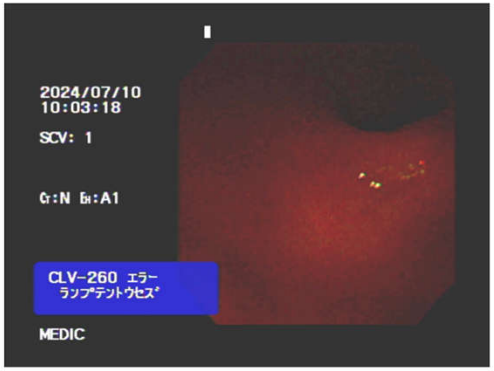
Khoa: **NỘI SOI TIÊU HÓA**
Máy: **Olympus GIF240**

KẾT QUẢ NỘI SOI

ID : Ngày ĐK: 10/07/2024
Họ và tên : **VĂN** **42** tuổi **Nam**
Địa chỉ : Ấp Bạc Liêu -- 089
Chẩn đoán sơ bộ : VIÊM DẠ DÀY / THIẾU MÁU THIẾU SẮT ĐANG ĐIỀU TRỊ.
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 : 40 cm.
3. Dạ dày:
- Tâm vị: bình thường
- Phình vị: bình thường
- Thân dạ dày: bình thường
- Hang vị - Tiền môn vị: CÓ NHIỀU CHỖ VIÊM ĐỎ (PHOTO)
- Môn vị: tròn đều, không hẹp
- Bờ cong nhỏ: bình thường
- Bờ cong lớn: bình thường
4. Hành tá tràng: bình thường



KẾT LUẬN : **VIÊM DẠ DÀY**

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 10/07/2024
(Bác sĩ đã ký)

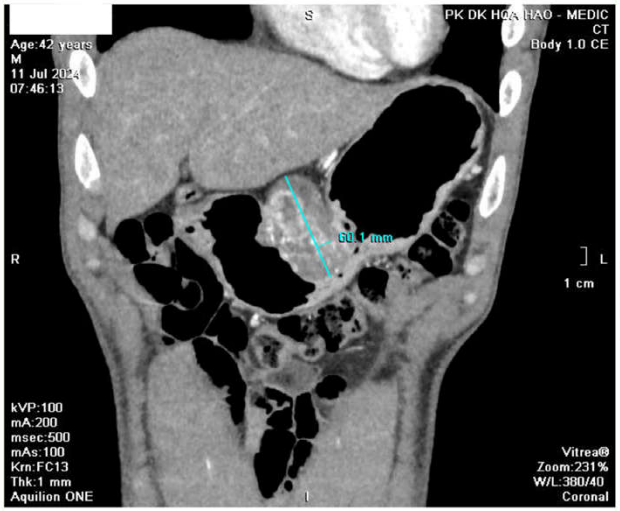
MEDIC CT SCAN REPORT

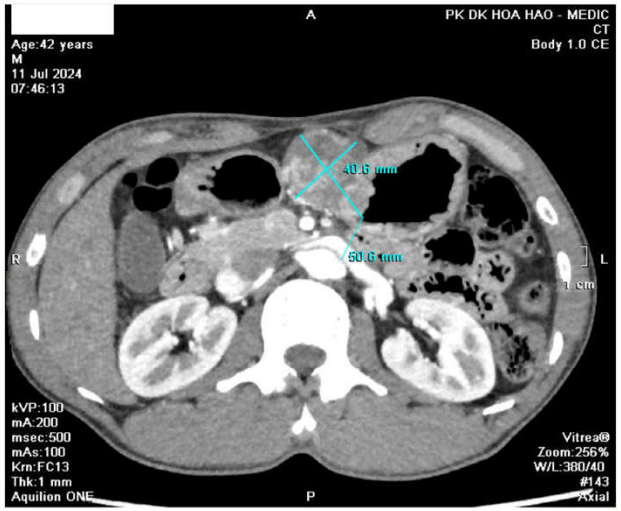
STT : **Ngày ĐK : 11/07/2024 06:40**
Bệnh nhân : **VĂN** **Tuổi : 42 Nam - ĐT : 089**
Địa chỉ : Ấp Bạc Liêu
BS chỉ định : **BS. CKI. LÊ ĐÌNH TÍN** **BV : MEDIC** **Khoa : PK**
Chẩn đoán sơ bộ : **Theo dõi GIST dạ dày / Thiếu máu thiếu Sắt đang điều trị.**
Vùng : **CT VÙNG BỤNG** **Máy : MSCT 640 _ 1** **Tiêm chất tương phản**
Kết quả : ** KỸ THUẬT:
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 1mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiêm thuốc cản quang.

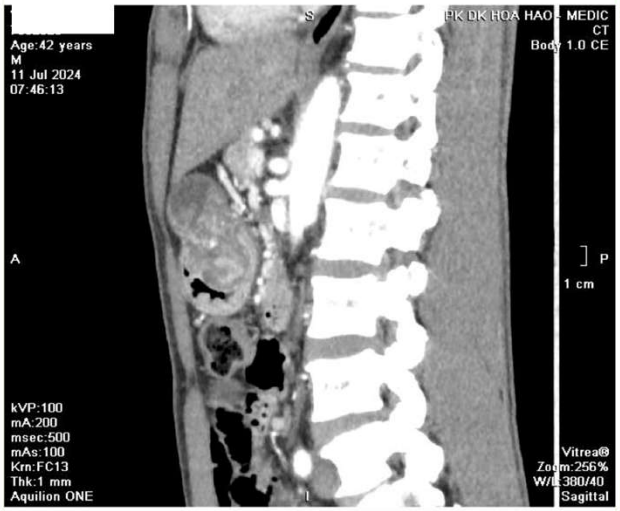
** KẾT QUẢ:
Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan.
Đường mật trong và ngoài gan không dãn. Túi mật thành mỏng, không sỏi cản quang.
Thành bờ cong nhỏ dạ dày có thương tổn mật độ mp6 mềm 5x4x6cm. Thương tổn bắt thuốc cản quang vừa phải và phát triển lồi ra ngoài.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Tiền liệt tuyến không to
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.
*** KẾT LUẬN:
GIST BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY 5X4X6CM.

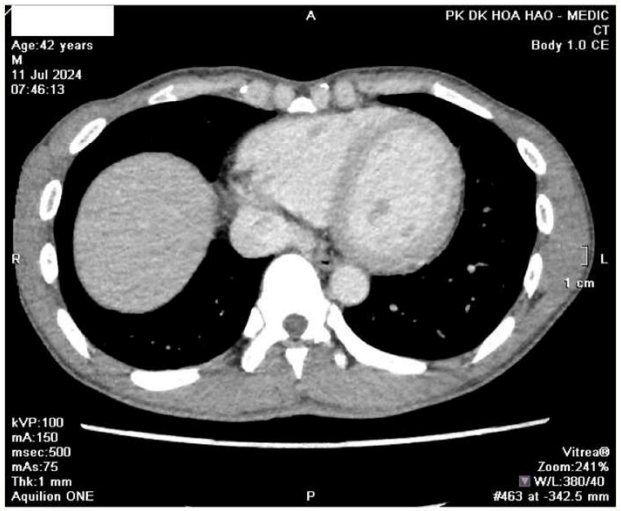
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 11/07/2024 08:08
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKII. Võ Nguyễn Thành Nhân

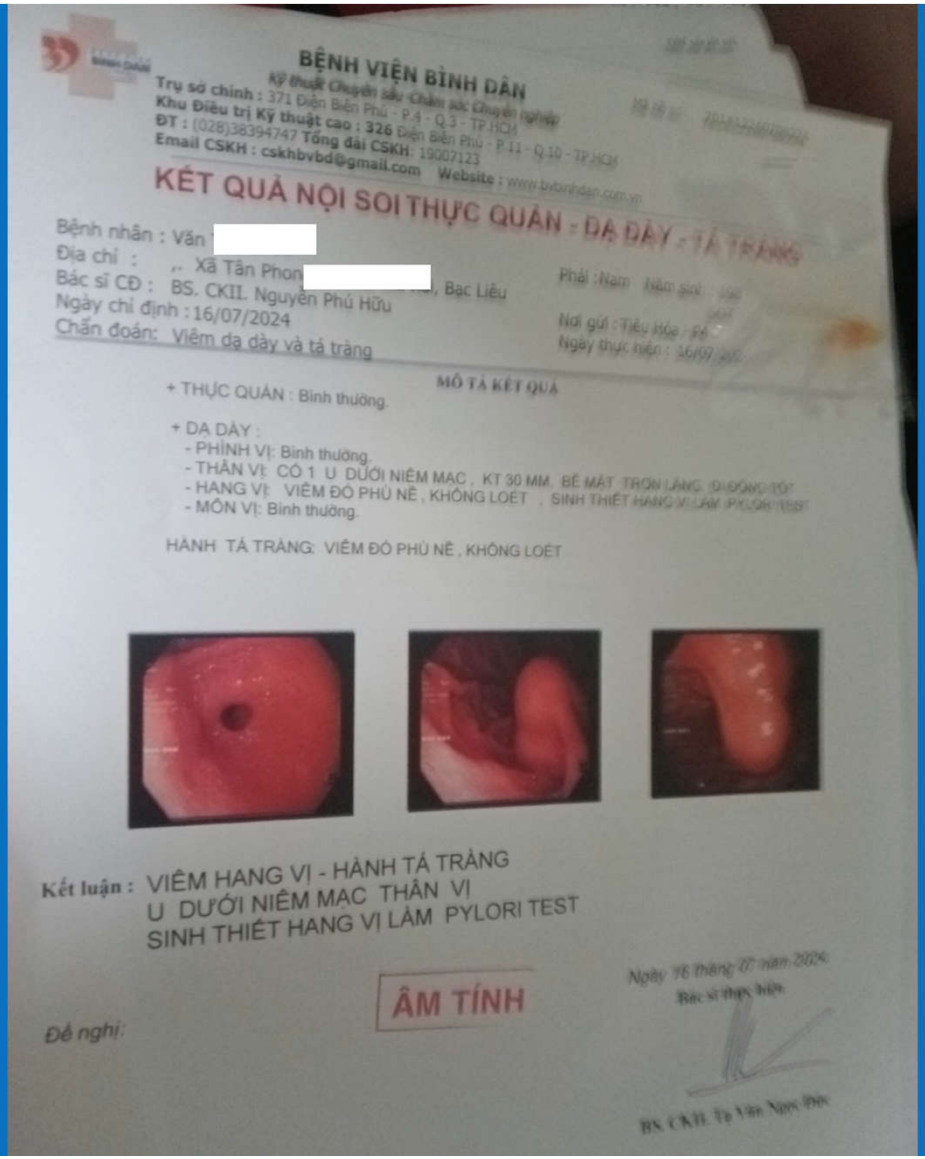








Chuyển Bệnh viện Bình Dân với chẩn đoán: GIST bờ cong nhỏ dạ dày.



BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Kỹ thuật Chuyên sâu - Chăm sóc Chuyên nghiệp

Trụ sở chính : 371 Điện Biên Phủ - P.4 - Q.3 - TP.HCM
Khu Điều trị Kỹ thuật cao : 326 Điện Biên Phủ - P.11 - Q.10 - TP.HCM
ĐT : (028)38394747 **Tổng đài CSKH**: 19007123
Email CSKH : cskhbvbd@gmail.com **Website :** www.bvbinhdan.com.vn

KẾT QUẢ NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Bệnh nhân : Văn [redacted]
Địa chỉ : ... Xã Tân Phon[redacted], Bạc Liêu
Bác sĩ CĐ : BS. CKII. Nguyễn Phú Hữu
Ngày chỉ định : 16/07/2024
Chẩn đoán: Viêm dạ dày và tá tràng

Phái :Nam Năm sinh : [redacted]
Nơi gửi : Tiêu Hóa - [redacted]
Ngày thực hiện : 16/07/[redacted]

MÔ TẢ KẾT QUẢ

+ THỰC QUẢN : Bình thường.

+ DẠ DÀY :
- PHÌNH VỊ: Bình thường.
- THÂN VỊ: CÓ 1 U DƯỚI NIÊM MẠC , KT 30 MM, BỀ MẶT TRƠN LÁNG, DI ĐỘNG TỐT
- HANG VỊ: VIÊM ĐỎ PHÙ NỀ , KHÔNG LOÉT , SINH THIẾT HANG VỊ LÀM PYLORI TEST
- MÔN VỊ: Bình thường.

HÀNH TÁ TRÀNG: VIÊM ĐỎ PHÙ NỀ , KHÔNG LOÉT

Kết luận : VIÊM HANG VỊ - HÀNH TÁ TRÀNG
U DƯỚI NIÊM MẠC THÂN VỊ
SINH THIẾT HANG VỊ LÀM PYLORI TEST

ÂM TÍNH

Đề nghị:

Ngày 16 tháng 07 năm 2024
Bác sĩ thực hiện

BS CKII. Tạ Văn Ngọc Đức

(Xin lỗi vì nhắc đến thiếu sót của đồng nghiệp ở phòng Nội soi.)

Sở Y Tế Thành Phố Hồ Chí Minh
Bệnh viện Bình Dân
Khoa: Tổng Quát 1

Mã hồ sơ : 701412240708274
Mã nhập viện : 24038214
Đối tượng : BH

TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT

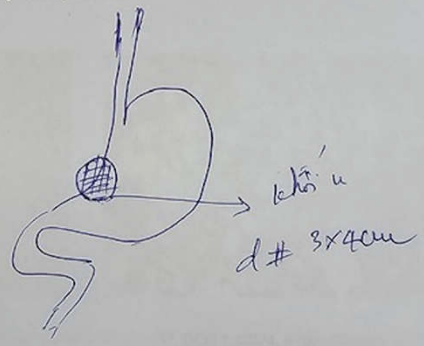
Tên bệnh nhân : VĂN [redacted] Phái: Nam - Năm sinh: 1982
Địa chỉ : ,. Xã [redacted] , Bạc Liêu Ngày vào viện : 18/07/2024

Ngày bắt đầu PT : 22/07/2024 TG bắt đầu PT : 11:30
Ngày kết thúc PT : 22/07/2024 TG kết thúc PT : 12:30
- Chẩn đoán trước phẫu thuật :GIST DẠ DÀY
- Chẩn đoán sau phẫu thuật : U ác của dạ dày
- Phương pháp phẫu thuật : **Cắt dạ dày hình chêm**

- Mã phẫu thuật : 1 CA0875
- Phương pháp vô cảm : Mê NKQ
- Bác sĩ phẫu thuật : - BS. CKII. Nguyễn Phú Hữu
- Bác sĩ phụ phẫu thuật : - Bs.CKII. Vũ Khương An
- Ths.Bs. Đỗ Ngọc Nghĩa - Ngô Trường Hoàng An
- Bác sĩ tham vấn gây mê : - Bác sĩ gây mê :Bs. Nguyễn Thị Thanh Trúc
- Điều dưỡng gây mê : Nguyễn Thị Hồng Thi
- Y Cụ trong /ngoài : Nguyễn Thị Kim Thoa Đặng Nghĩa Nhân

Lược Đồ Phẫu Thuật / Thủ Thuật

- Lý do phẫu thuật: GIST DẠ DÀY
- Phương pháp vô cảm: MÊ NKQ
- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa
- Đường rạch da, đường vào : 5 trocar (1 xcel) và đường mổ mở nhỏ trên rốn đường giữa 7 cm
- Mô tả sang thương và cơ quan khác: GIST bờ cong nhỏ hang vị dạ dày, có giả mạc bám vào đầu u.
- Xử trí: Tiến hành cắt mạc nối nói xung quanh vị trí của u, kẹp hemolock và cắt mạch máu nuôi u. Vì u lớn, chân u rộng nên quyết định mổ mở, cắt dạ dày hình chêm chứa u rồi khâu lại bằng monosyn 3.0. Cầm máu cẩn thận.
- Đặt ống dẫn lưu dưới gan cạnh miện nối bằng oxy. Cố định dẫn lưu.
- Kiểm tra đủ gạc và dụng cụ.
- Khâu đóng các lớp cân cơ, Khâu da.
- Lượng máu mất 30 ml
- Dự kiến rút các ống DL: tùy diễn tiến
- Soi cấy – KSĐ: không
- Gửi GPB: 1 mẫu
- Tiên lượng: chảy máu, tụ dịch.



Ngày 22 tháng 07 năm 2024
Bác sĩ phẫu thuật

Cảm ơn Bác sỹ Nguyễn Phú Hữu _ Bv Bình Dân _ đã gởi cho hình ảnh.

BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trụ sở chính : 371 Điện Biên Phủ - P.4 - Q.3 - TP.HCM
Khu Điều trị Kỹ thuật cao : 408 Điện Biên Phủ - P.11 - Q.10 - TP.HCM
ĐT : (08)38394747 - (08)38330205 Fax : 84.8.38391315
Email : bvbinhdan@hcm.vnn.vn Website : www.bvbinhdan.com.vn

Mã hồ sơ: 701412240708274
Số lưu trữ:
Khoa: TQ1
Mã tiêu bản: 2024_12071

PHIẾU CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

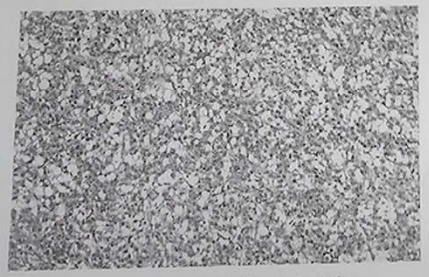
Bệnh nhân : Văn [redacted] Phái : Nam Năm sinh : 1982
Địa chỉ : ,. Xã [redacted] Bạc Liêu SĐT :
Bác sĩ CĐ : BS. CKII. Nguyễn Phú Hữu Nơi gửi : Gây mê hồi sức 1
Ngày chỉ định : Ngày thực hiện : 25/07/2024 10:35
Chẩn đoán: GIST DẠ DÀY

Phương pháp thực hiện : Nhuộm hai màu Hematoxyline- Eosin

MÔ TẢ KẾT QUẢ

GPB đại thể: Bệnh phẩm gồm mô u kích thước 5 x 3 x 3 cm kèm 1 phần niêm mạc dạ dày, vỏ bao u toàn vẹn, mặt cắt màu trắng, nâu, có vị trí hoại tử hóa nang. U nằm dưới niêm mạc dạ dày, ăn lan về phía niêm mạc tạo thành 2 ổ loét d # 0.5cm
AB --> mô u kèm vị trí ổ loét ở niêm mạc dạ dày.
CD --> mô u còn lại.
E --> ria diện cắt niêm mạc dạ dày.

GPB vi thể: Trên sinh thiết thấy các đám tế bào xếp thành dải, tế bào dẹp dài, nhân hình thoi, hai đầu tù, trên nền mô sợi, phân bào vừa phải.



Kết luận: THEO DÕI U MÔ ĐỆM ỐNG TIÊU HÓA.
ĐỀ NGHỊ NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH VỚI 07 DẤU ẤN: CD117, DOG 1, CD34, S100, SMA, DESMIN, VIMENTIN (BLOCK: D).
RÌA DIỆN CẮT KHÔNG CÓ TẾ BÀO ÁC TÍNH.

Ngày 25 tháng 07 năm 2024
Bác sĩ thực hiện

SỞ Y TẾ TP.HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN BÌNH DÂN
Khoa: Tổng Quát 1

Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 01/BV-01

BHYT trái tuyến

GIẤY RA VIỆN

Mã nhập viện: 24038214

- Họ tên bệnh nhân: VĂN [redacted] Mã Y tế: 701412240708274
- Ngày/tháng/năm sinh: ...../...../1982 (Tuổi: 42); Nam/nữ: Nam Số lưu trữ:
- Dân tộc: *Kinh Nghề nghiệp: Nghề khác
- Thẻ BHYT số: [redacted]5255 BHYT: Giá trị từ: 01/03/2024 Đến ngày: 31/12/2024
- Địa chỉ: ,. Xã [redacted] Bạc Liêu
- Vào viện lúc: 06:25 Ngày 18/07/2024 - Ra viện lúc: 16:00 Ngày: 29/07/2024
- Chẩn đoán: BỆNH KHÁC CỦA HỆ TIÊU HÓA (U MÔ ĐỆM BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY) - K92;
- Phương pháp điều trị: PHẪU THUẬT NỘI SOI THĂM SÁT CHUYỂN MỔ MỞ CẮT U.
- Ghi chú: UỐNG THUỐC THEO TOA, TÁI KHÁM THEO HẸN. CẮT CHỈ TẠI Y TẾ ĐỊA PHƯƠNG NGÀY 31/07/2024.

BỆNH NHÂN ĐƯỢC NGHỈ HƯỞNG BHXH 7 NGÀY TỪ 30/07/2024 ĐẾN HẾT NGÀY 05/08/2024

Ngày 29 tháng 07 năm 2024
Thủ trưởng đơn vị
Họ tên: .....BS.CK2 Phạm Hữu Đoàn

Ngày 29 tháng 07 năm 2024
Trưởng khoa
Họ tên: .....BS.CK2. NGUYỄN PHÚC MINH.....
PHÓ KHOA ĐIỀU HÀNH TQ1

BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trụ sở chính : 371 Điện Biên Phủ - P.4 - Q.3 - TP.HCM
Khu Điều trị Kỹ thuật cao : 408 Điện Biên Phủ - P.11 - Q.10 - TP.HCM
ĐT : (08)38394747 - (08)38330205 Fax : 84.8.38391315
Email : bvbinhdan@hcm.vnn.vn Website : www.bvbinhdan.com.vn

Mã hồ sơ: 701412240708274
Số lưu trữ: 2024/21193
Khoa: TQ1
Mã tiêu bản: 2024_884-HM

PHIẾU CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH

Bệnh nhân : Văn [redacted] Phái : Nam Năm sinh : 1982
Địa chỉ : ,. Xã [redacted], Bạc Liêu SĐT :
Bác sĩ CĐ : Ths.BS.CKII. Nguyễn Phúc Minh Nơi gửi : Tổng Quát 1
Ngày chỉ định : Ngày thực hiện : 12/08/2024 09:31
Chẩn đoán: GIST BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY

Phương pháp thực hiện : Kháng thể 2 & hóa chất bộc lộ kháng nguyên

MÔ TẢ KẾT QUẢ

GPB đại thể: BLOCK: 2024 - 12071

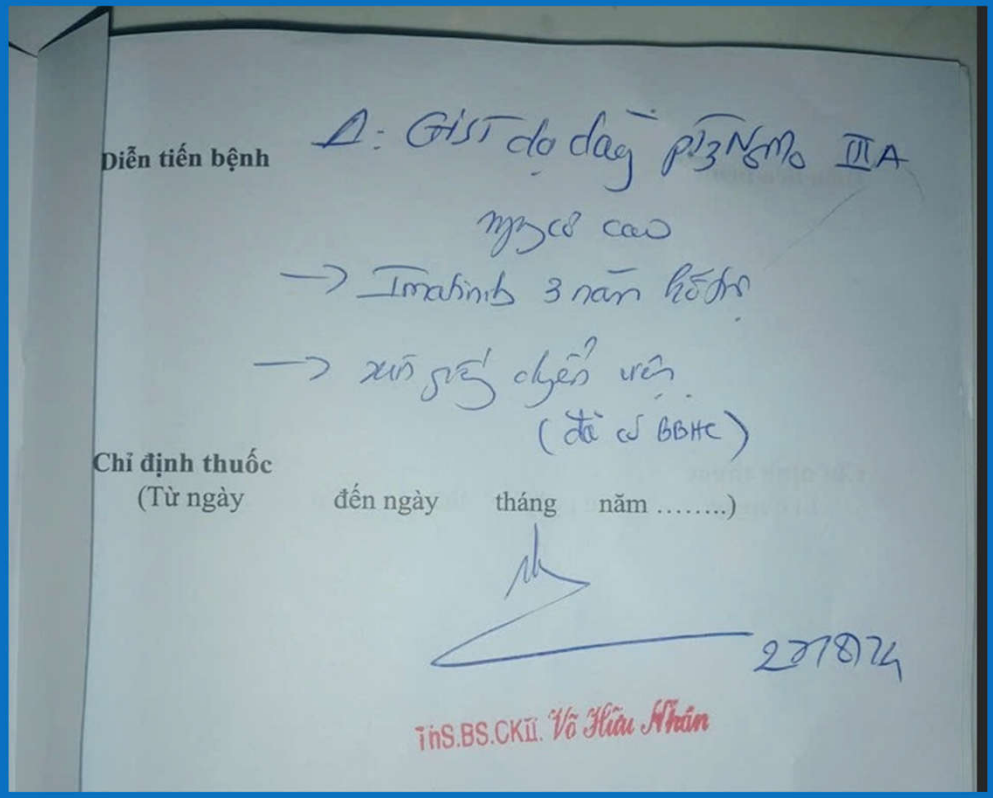
GPB vi thể: CD117 (+), DOG 1 (+)
VIMENTIN (+)
DESMIN (-), CD34 (-)
SMA (-), S100 (-)

Kết luận: GIST, CHỈ SỐ PHÂN BÀO CAO.

Ngày 12 tháng 08 năm 2024
Bác sĩ thực hiện

Chẩn đoán sau cùng: GIST dạ dày nguy cơ cao T3N0M0 / Viêm dạ dày, Nhiễm Helicobacter pylori.

Hiện tại: khoẻ, tái khám tại Bv Bình Dân.



Nhận xét và Bàn Luận

- ✓ *Siêu âm đã hướng dẫn tốt cho chẩn đoán (cảm ơn Bác sỹ Lê Văn Tài, nếu siêu âm không phát hiện u thì đã không chỉ định thêm CT bụng và bỏ sót chẩn đoán).*
- ✓ *Thiếu máu Thiếu Sắt có thể do Viêm dạ dày nhiễm Helicobacetr pylori kèm chảy máu dây dưa kéo dài từ khối u.*

Causes and risk factors for iron deficiency in adults

Decreased intake
Vegetarian, vegan, or other diet with limited sources of iron
Decreased iron absorption
Celiac disease
Atrophic/autoimmune gastritis
Helicobacter pylori
Bariatric surgery
Medications that reduce gastric acidity (unlikely to be the sole cause)
Genetic disorders such as IRIDA (rare)
Blood or iron loss
Heavy menstrual bleeding
Pregnancy and lactation
Gastric ulcer disease or gastritis
Colorectal cancer
Gastrointestinal telangiectasias, HHT
Bleeding disorders such as VWD
Gastrointestinal parasites
Frequent blood donation
Surgical blood loss
Iatrogenic (frequent blood draws)
Hemodialysis

Evaluation for the underlying cause of iron deficiency is critical. Dietary iron is likely to be sufficient in most adults with access to a varied diet, and iron deficiency should not be ascribed to dietary practices in most adults. High-intensity athletics and urinary or pulmonary hemosiderosis can cause iron deficiency by multifactorial mechanisms. Treatment with an erythropoiesis stimulating agent such as erythropoietin can cause redistribution of body iron stores.

HHT: hereditary hemorrhagic telangiectasia; IRIDA: iron refractory iron deficiency anemia; VWD: von Willebrand disease.

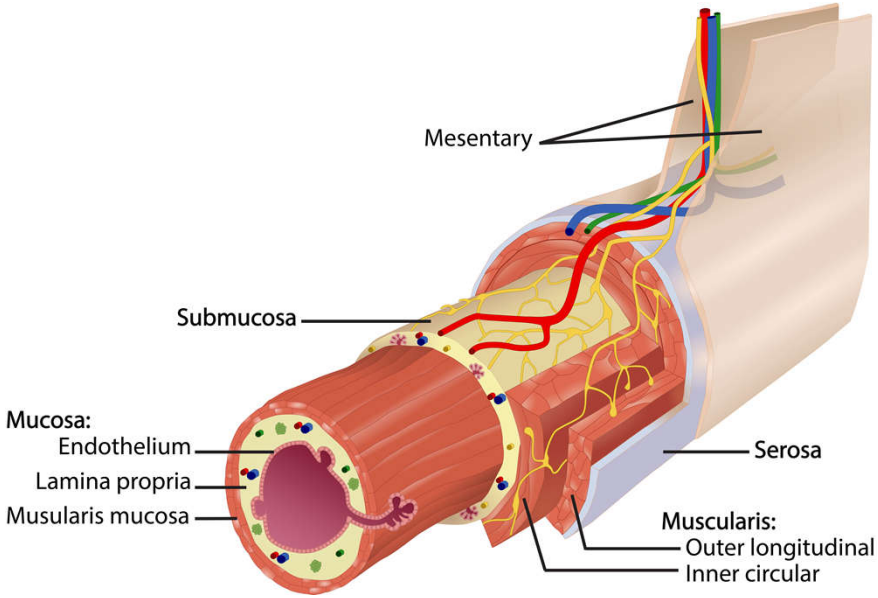
https://www.uptodate.com/contents/causes-and-diagnosis-of-iron-deficiency-and-iron-deficiency-anemia-in-adults?search=iron%20deficiency%20anemia&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2

AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY

CME

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastrointestinal Subepithelial Lesions

Brian C. Jacobson, MD, MPH, FACG[1], Amit Bhatt, MD[2], Katarina B. Greer, MD, MS[3], Linda S. Lee, MD[4], Walter G. Park, MD, MS[5], Bryan G. Sauer, MD, MSc, FACG[6] and Vanessa M. Shami, MD, FACG[6]



(https://med.libretexts.org/Bookshelves/Anatomy_and_Physiology/Human_Anatomy_%28Lange_et_al.%29/21%3A_Digestive_System/21.02%3A_Organs_of_the_Digestive_System)

INTRODUCTION

The term subepithelial lesion (SEL) is used to describe a mass or mass-like structure that typically projects into the gastrointestinal (GI) lumen and arises from a nonmucosal layer within the GI tract wall. Structures adjacent to the GI tract can also cause extrinsic compression that mimic the appearance of SEL during endoscopy. Historically, SEL were termed "submucosal" because of their origin under the mucosa. With the introduction of endoscopic ultrasound (EUS), endoscopists gained the ability to distinguish distinct layers within the GI tract wall including the deep mucosa, submucosa, muscularis propria, and serosa or adventitia depending on the location. Because the submucosa is a specific layer, and not all SEL arise from the submucosal layer, the preferred term SEL came into broader use as the generic descriptor for intramural lesions. SEL are most often identified during endoscopy, although they may also be identified during cross-sectional imaging such as computed tomography (CT) and MRI.

https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/01000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis_and_Management.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2

AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY

CME

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastrointestinal Subepithelial Lesions

Brian C. Jacobson, MD, MPH, FACG[1], Amit Bhatt, MD[2], Katarina B. Greer, MD, MS[3], Linda S. Lee, MD[4], Walter G. Park, MD, MS[5], Bryan G. Sauer, MD, MSc, FACG[6] and Vanessa M. Shami, MD, FACG[6]

Table 1. Subepithelial lesions and causes of extrinsic compression

Subepithelial lesion or cause of extrinsic compression	Location in wall	Typical site(s) where found in GI tract[a]	Malignant potential	Tissue acquisition required for diagnosis
Spine	Extrinsic	Esophagus	No	No
Leiomyoma	MM, MP	Esophagus	No	Yes
Granular cell tumor	MM, SM	Esophagus	Yes (rare)	Yes
Duplication or bronchogenic cyst	Any including extrinsic	Esophagus/mediastinum	Yes (extremely rare)	No
Varices	SM	Esophagus	No	No
Xyphoid	Extrinsic	Fundus of stomach	No	No
Neuroendocrine tumor	SM, MP	Stomach, duodenum, rectum	Yes	Yes
GI stromal tumor	MM, MP	Stomach	Yes	Yes
Heterotopic pancreas	MM, SM, MP	Stomach (antrum)	Yes (extremely rare)	No
Schwannoma	SM, MP	Stomach	No	Yes
Gallbladder	Extrinsic	Antrum of stomach or Duodenal bulb	No	No
Lymphangioma	MP	Small intestine	No	Yes
Lipoma	SM	Colon	No	No
Metastasis	Any layer including extrinsic	Anywhere	Already malignant	Yes

GI, gastrointestinal; MM, muscularis mucosa; MP, muscularis propria; SM, submucosa.
[a]While additional sites have been reported, this site(s) is the most common.

https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/01000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis_and_Management.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ U DƯỚI NIÊM MẠC DẠ DÀY

Nguyễn Thị Hà[1], Nguyễn Trường Sơn[2,✉], Đào Văn Long[1]

[1] Trường Đại học Y Hà Nội
[2] Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ u dưới niêm mạc dạ dày đã được cắt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu trên 110 bệnh nhân đã được cắt u dưới niêm mạc dạ dày tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2021 đến tháng 8/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình là 52,7 ± 14,5, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,5. Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, u được phát hiện tình cờ qua nội soi dạ dày chiếm 43,6%. Vị trí u ở thân vị chiếm 50,8%, u có kích thước trung bình 4,15±2,5cm trong đó kích thước từ 2-5 cm chiếm 47,3%. Trên hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên, u dưới niêm mạc là tổn thương nổi gồ, bề mặt nhẵn chiếm 70%. Về typ mô bệnh học của u, GIST chiếm 67,3%. Tụy lạc chỗ, u cơ trơn và schwannoma chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,2%, 7,3% và 6,4%. Có 4,5% số u là polyp xơ viêm. U cuộn mạch và u mỡ chiếm tỷ lệ 2,7%. Có 1 trường hợp khối u dưới niêm mạc dạ dày là HCC di căn, chiếm 0,9% tổng số mẫu trong nghiên cứu.

Kết luận: GIST 67,3%, tuỵ lạc chỗ 8,2%, u cơ trơn 7,3%, schwannoma 6,4%, polyp viêm xơ 4,5%, u cuộn mạch 2,7%.

https://tapchiyhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/9214

CLINICAL ENDOSCOPY

Original Article

Prevalence, natural progression, and clinical practices of upper gastrointestinal subepithelial lesions in Korea: a multicenter study

Younghee Choe[1], Yu Kyung Cho[1,10], Gwang Ha Kim[2,10], Jun-Ho Choi[3,10], Eun Soo Kim[4], Ji Hyun Kim[5,10], Eun Kwang Choi[6,10], Tae Hyeon Kim[7,10], Seong-Hun Kim[8,10], Do Hoon Kim[9,10], The Research Group for Endoscopic Ultrasound in Korean Society of Gastrointestinal Endoscopy

Abstract

Background/Aims: This study aimed to evaluate the prevalence and natural progression of subepithelial lesions (SELs) in the upper gastrointestinal (UGI) tract.

Methods: The medical records of patients with UGI SELs who underwent endoscopic screening at eight university hospitals between January and December 2010 were retrospectively investigated. The follow-up evaluations were performed until December 2016.

Results: UGI SELs were found in 1,044 of the 65,233 participants screened (endoscopic prevalence, 1.60%; the total number of lesions, 1,062; mean age, 55.1±11.2 years; men, 53.6%). The median follow-up period was 48 (range, 8–74) months. SELs were most frequently found in the stomach (63.8%) and had a mean size of 9.9±6.1 mm. Endoscopic ultrasonography (EUS) was performed in 293 patients (28.1%). The most common lesions were leiomyomas, followed by gastrointestinal stromal tumors (GISTs), and ectopic pancreas. The proportions of SELs with malignant potential according to size were 3% (<1 cm), 22% (1–2 cm), 27% (2–3 cm), and 38% (≥3 cm). In gastric SELs larger than 1 cm, resections were performed in 20 patients because of an increase in size, of which 12 were found to be GISTs.

Conclusions: The prevalence of UGI SELs was 1.60%. Further, 23% of gastric SELs ≥1 cm were precancerous lesions, most followed by EUS and clinical decisions without initial pathological confirmation.

https://www.e-ce.org/journal/view.php?doi=10.5946/ce.2023.005

CLINICAL ENDOSCOPY

Table 2. Demographic characteristics of upper gastrointestinal subepithelial lesions

Characteristic	No. of patients
Gastroscopy examinees for cancer screening	65,233
Total no. of subepithelial lesions	1,062
People with subepithelial lesions found by endoscopy (*n*=65,233)	1,044 (1.6)
Single (*n*=1,044)	1,026 (98.3)
Multiple (*n*=1,044)	18 (1.7)
Age (yr) (*n*=1,044)	55.1±11.2/56 (12-86)
<39	88 (8.4)
40–49	213 (20.4)
50–59	380 (36.4)
60–69	258 (24.7)
≥70	105 (10.1)
Male sex	560 (53.6)
Locations	
Esophagus[a)]	246 (23.6)
Upper	27 (2.6)
Middle	72 (6.9)
Lower	81 (7.8)
Undocumented	66 (6.3)
Stomach[b)]	666 (63.8)
Upper	291 (27.9)
Middle	53 (5.1)
Lower	133 (12.7)
Undocumented	189 (18.1)
Duodenum	132 (12.6)
Bulb	25 (2.4)
Second portion	47 (4.5)
Undocumented	60 (5.7)

Values are presented as number (%), mean±standard deviation/median (range), or mean±standard deviation.
SEL, subepithelial lesion.
[a)]If there is no mention of the location of the esophagus, within 20 cm of the upper incisor was classified as 'upper esophagus,' and if more than 30 cm from the upper incisor, it was classified as 'lower esophagus.' The distance to the upper incisor was classified as 'undocumented' if it was not mentioned.
[b)]Cardia, fundus, and upper body were classified as 'upper stomach,' midbody and lower body were classified as 'middle stomach,' and angle, antrum, and pylorus were classified as 'lower stomach.'

https://www.e-ce.org/journal/view.php?doi=10.5946/ce.2023.005

CLINICAL ENDOSCOPY

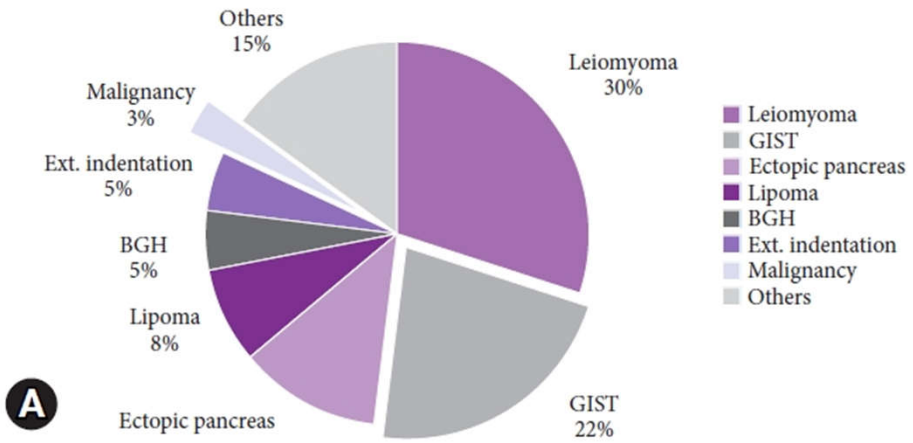
Table 4. The frequency order of the subepithelial lesions according to the location of the upper gastrointestinal tract

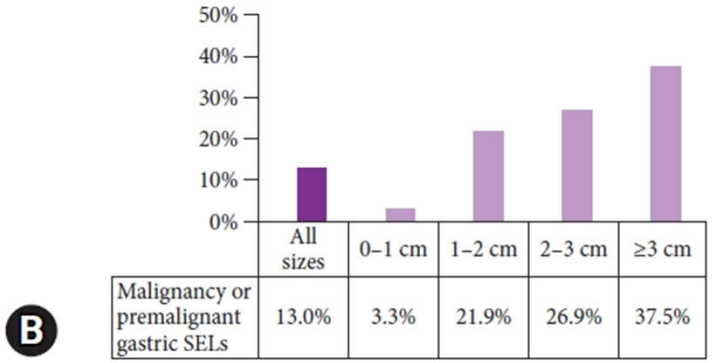
Location	Any size (*n*=1,044)		1–2 cm (*n*=322)		>2 cm (*n*=375)	
	Confirmative diagnosis[a)]	Suggestive on EUS & pathologic confirmed[b)]	Confirmative diagnosis[a)]	Suggestive on EUS & pathologic confirmed[b)]	Confirmative diagnosisa)	Suggestive on EUS & pathologic confirmed[b)]
Upper gastrointestinal tract (*n*=1,044)						
Leiomyoma	20/85 (23.5)	84/276 (30.4)	7/45 (15.6)	51/158 (32.3)	8/24 (33.3)	12/40 (30.0)
GIST	15/85 (17.6)	68/276 (24.6)	9/45 (20.0)	43/158 (27.2)	5/24 (20.8)	9/40 (22.5)
Ectopic pancreas	18/85 (21.2)	46/276 (16.7)	9/45 (20.0)	28/158 (17.7)	4/24 (16.7)	5/40 (12.5)
Lipoma	3/85 (3.5)	14/276 (5.1)	1/45 (2.2)	8/158 (5.1)	2/24 (8.3)	3/40 (7.5)
BGH/BGA	9/85 (10.6)	12/276 (4.3)	3/45 (6.7)	5/158 (3.2)	2/24 (8.3)	2/40 (5.0)
Granular cell tumor	3/85 (3.5)	10/276 (3.6)	3/45 (6.7)	7/158 (4.4)	0/24 (0)	0/40 (0)
Lymphangioma	2/85 (2.4)	9/276 (3.3)	1/45 (2.2)	6/158 (3.8)	0/24 (0)	1/40 (2.5)
NET	3/85 (3.5)	3/276 (1.1)	1/45 (2.2)	1/158 (0.6)	0/24 (0)	0/40 (0)
Malignancy (excluding GIST)	2/85 (2.4)	2/276 (0.7)	1/45 (2.2)	1/158 (0.6)	1/24 (4.2)	1/40 (2.5)
Other benign lesions	10/85 (11.8)	24/276 (8.7)	6/45 (13.3)	6/158 (3.8)	0/24 (0)	3/40 (7.5)
External indentation on EUS or CT	0/85 (0)	4/276 (1.4)	2/45 (4.4)	2/158 (1.3)	2/24 (8.3)	2/40 (5.0)
Esophagus (*n*=246)						
Leiomyoma	14/20 (70.0)	50/66 (75.8)	6/10 (60.0)	34/43 (79.1)	4/5 (80.0)	6/8 (75.0)
Granular cell tumor	3/20 (15.0)	10/66 (15.2)	3/10 (30.0)	7/43 (16.3)	0/5 (0)	0/8 (0)
Duplication cyst	1/20 (5.0)	2/66 (3.0)	0/10 (0)	0/43 (0)	0/5 (0)	1/8 (12.5)
GIST	1/20 (5.0)	1/66 (1.5)	0/10 (0)	0/43 (0)	0/5 (0)	0/8 (0)
Stomach (*n*=666)						
GIST	14/44 (31.8)	66/169 (39.1)	9/25 (36.0)	43/98 (43.9)	5/16 (31.3)	9/27 (33.3)
Ectopic pancreas	12/44 (27.3)	38/169 (22.5)	6/25 (24.0)	24/98 (24.5)	4/16 (25.0)	5/27 (18.5)
Leiomyoma	6/44 (13.6)	31/169 (18.3)	1/25 (4.0)	15/98 (15.3)	4/16 (25.0)	6/27 (22.2)
Lipoma	2/44 (4.5)	11/169 (6.5)	1/25 (4.0)	6/98 (6.1)	1/16 (6.3)	2/27 (7.4)
Malignancy (excluding GIST)	2/44 (4.5)	2/169 (1.2)	1/25 (4.0)	1/98 (1.0)	1/16 (6.3)	1/27 (3.7)
NET	1/44 (2.3)	1/169 (0.6)	0/25 (0)	0/98 (0)	0/16 (0)	0/27 (0)
Duodenum (*n*=132)						
BGH/BGA	9/21 (42.9)	12/41 (29.3)	3/8 (37.5)	5/19 (26.3)	2/3 (66.7)	2/5 (40.0)
Lymphangioma	2/21 (9.5)	9/41 (22.0)	1/8 (12.5)	6/19 (31.6)	0/3 (0)	1/5 (20.0)
Ectopic pancreas	6/21 (28.6)	8/41 (19.5)	3/8 (37.5)	4/19 (21.1)	0/3 (0)	0/5 (0)
NET	2/21 (9.5)	2/41 (4.9)	1/8 (12.5)	1 (5.3)	0/3 (0)	0/5 (0)

Values are presented as number/total number (%). EUS, endoscopic ultrasonography; GIST, gastrointestinal stromal tumor; BGH/BGA, Brunner's gland hyperplasia; NET, neuroendocrine tumor; CT, computed tomography.
[a)]Final diagnosis on biopsy, [b)]pathologic confirmed plus strongly suspicious on endoscopic ultrasonography.

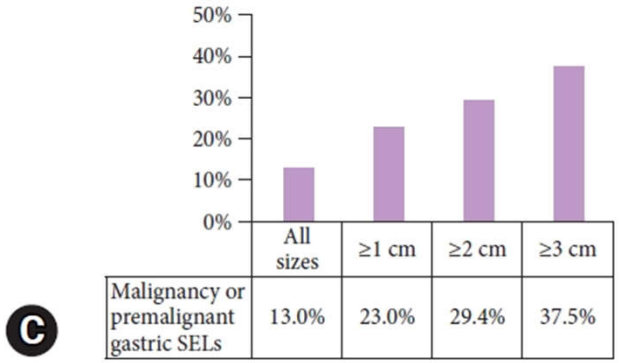
https://www.e-ce.org/journal/view.php?doi=10.5946/ce.2023.005

CLINICAL ENDOSCOPY





	All sizes	0–1 cm	1–2 cm	2–3 cm	≥3 cm
Malignancy or premalignant gastric SELs	13.0%	3.3%	21.9%	26.9%	37.5%

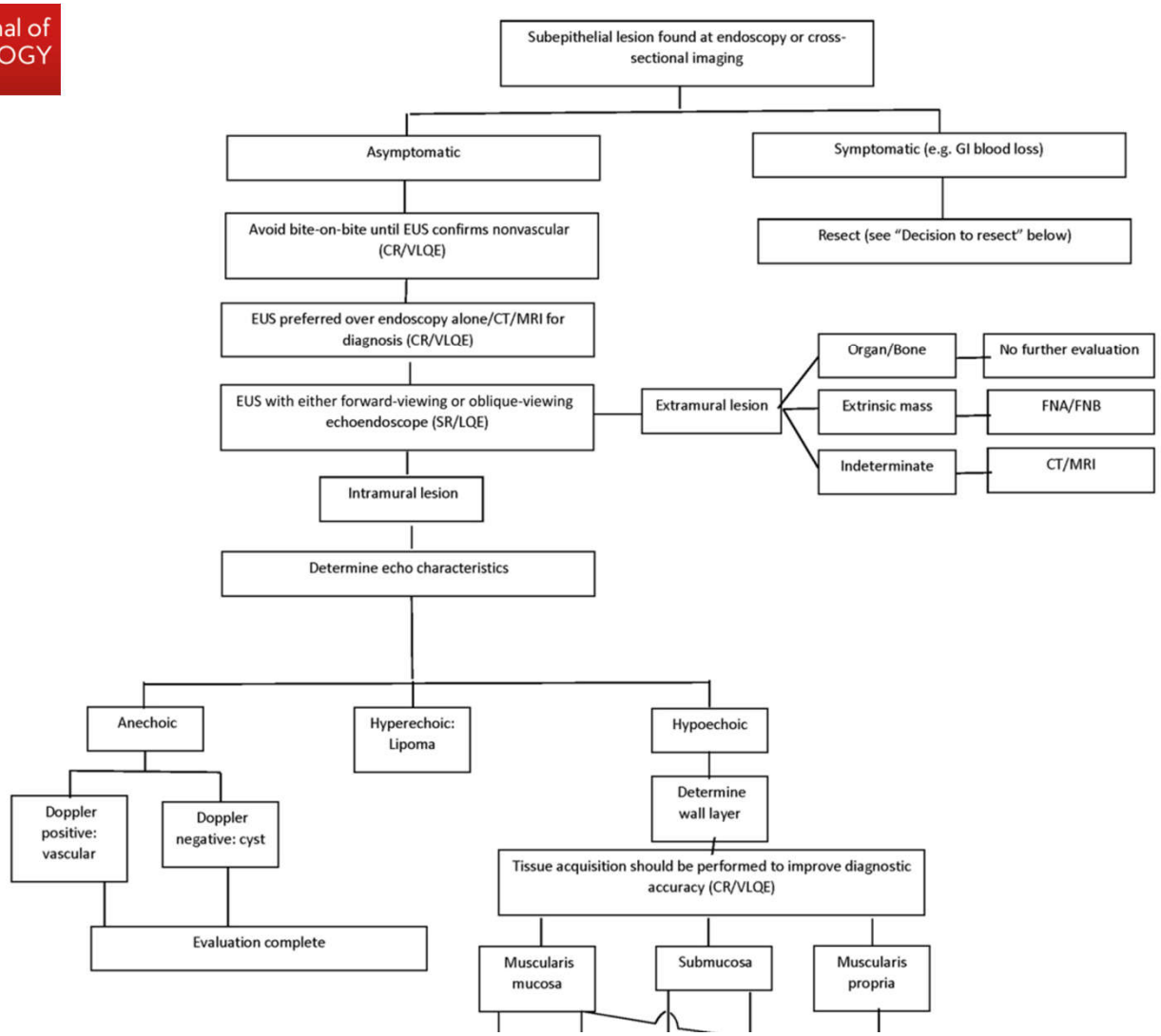


	All sizes	≥1 cm	≥2 cm	≥3 cm
Malignancy or premalignant gastric SELs	13.0%	23.0%	29.4%	37.5%

Distribution of upper gastrointestinal subepithelial lesions (SELs) according to size. (A) Types of SELs of 2 cm or more. (B, C) Comparison of the proportion of malignancy or premalignant gastric SELs by size. Malignancy or premalignant lesions included gastrointestinal stromal tumors, neuroendocrine tumors, and gastric cancer. BGH, Brunner's gland hyperplasia; Ext., external; GIST, gastrointestinal stromal tumor.

https://www.e-ce.org/journal/view.php?doi=10.5946/ce.2023.005

AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY



https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/01000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis_and_Management.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2

AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY

CME

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastrointestinal Subepithelial Lesions

Brian C. Jacobson, MD, MPH, FACG[1], Amit Bhatt, MD[2], Katarina B. Greer, MD, MS[3], Linda S. Lee, MD[4], Walter G. Park, MD, MS[5], Bryan G. Sauer, MD, MSc, FACG[6] and Vanessa M. Shami, MD, FACG[6]

DIAGNOSIS OF SUBEPITHELIAL LESION

Recommendation

1. We suggest EUS be performed preferentially compared with endoscopy or contrast-enhanced cross-sectional imaging for the diagnosis of nonlipomatous SEL.

Conditional recommendation; very low quality of evidence

2. We do not recommend one type of echoendoscope (forward viewing vs oblique viewing) when evaluating SEL.

Strong recommendation; low quality of evidence

3. We do not suggest bite-on-bite biopsies in the evaluation of SEL before EUS.

Conditional recommendation; very low quality of evidence

4. We suggest EUS with tissue acquisition to improve diagnostic accuracy in the identification of solid nonlipomatous SEL.

Conditional recommendation; very low quality of evidence

5. We suggest EUS fine-needle biopsy (FNB) alone or EUS fine-needle aspiration (FNA) with rapid on-site evaluation (ROSE) sampling of solid SEL compared with EUS-FNA without ROSE.

Conditional recommendation; low quality of evidence

6. We suggest using an unroofing technique when definitive diagnosis of a SEL is necessary and when EUS-FNA or FNB is nondiagnostic.

Conditional recommendation; low quality of evidence

https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/01000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis_and_Management.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2

AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY

CME

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastrointestinal Subepithelial Lesions

Brian C. Jacobson, MD, MPH, FACG[1], Amit Bhatt, MD[2], Katarina B. Greer, MD, MS[3], Linda S. Lee, MD[4], Walter G. Park, MD, MS[5], Bryan G. Sauer, MD, MSc, FACG[6] and Vanessa M. Shami, MD, FACG[6]

TREATMENT OF SUBEPITHELIAL LESIONS

Recommendation

7. We suggest either submucosal tunneling endoscopic resection (STER) or surgical resection for the management of SEL originating from the muscularis propria layer of the esophagus and gastroesophageal junction when resection is necessary.

Conditional recommendation; very low quality of evidence

→ *8. There is insufficient evidence to recommend surveillance vs resection of gastric GIST <2 cm in size. Owing to their malignant potential, we suggest resection of gastric GIST >2 cm and all nongastric GIST.*

Conditional recommendation; very low quality of evidence

9. We suggest endoscopic mucosal resection (EMR) or ESD for the resection of type 1 gastric neuroendocrine tumors (gNETs).

Conditional recommendation; very low quality of evidence

10. We suggest ESD over EMR for the resection of low-grade, small type 3 gNETs without radiologic or EUS evidence of lymphadenopathy that do not undergo surgical resection.

Conditional recommendation; very low quality of evidence

11. We do not suggest one type of endoscopic therapy (EMR vs ESD) for the resection of small (<1 cm), low-grade rectal neuroendocrine tumors (NETs).

Conditional recommendation; very low quality of evidence

https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/01000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis_and_Management.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2

AJG The American Journal of GASTROENTEROLOGY

CME

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Gastrointestinal Subepithelial Lesions

Brian C. Jacobson, MD, MPH, FACG[1], Amit Bhatt, MD[2], Katarina B. Greer, MD, MS[3], Linda S. Lee, MD[4], Walter G. Park, MD, MS[5], Bryan G. Sauer, MD, MSc, FACG[6] and Vanessa M. Shami, MD, FACG[6]

Table 4. Diagnosis and management of subepithelial lesions: key concepts

Key concept 1: If a SEL is causing symptoms or gastrointestinal bleeding, then resection may be justified regardless of the size of the lesion and without a preresection diagnosis. The one exception is in the case of a large GIST, in which case tissue confirmation may be needed to permit the use of neoadjuvant imatinib to reduce tumor size.
Key concept 2: When seeking a diagnosis, contrast-enhanced imaging may add clinically useful information, but this should be reserved for situations when EUS is unavailable. In such instances, and depending on the differential diagnosis being considered, strong consideration should be given to referral to a center where EUS is available.
Key concept 3: In the absence of a tissue diagnosis and/or resection of an SEL, the patient should be enrolled in some form of surveillance plan unless there is a high degree of confidence that the SEL has no malignant potential.
Key concept 4: There is no fixed cutoff in size below which FNA/FNB may not be attempted. Small SEL should be managed on a case-by-case basis depending on the location, ease of sampling, clinical history, perceived risks and benefits of a surveillance approach, and potential for primary endoscopic resection.
Key concept 5: For GIST <2 cm, if the clinical decision is to resect, endoscopic methods may be considered as acceptable alternative therapies compared with surgery. There is insufficient data to suggest any 1 endoscopic method as superior.
Key concept 6: Endoscopic resection of prominent type 2 gNET can be undertaken if the goal is debulking or management of ongoing blood loss. It is not clear whether ESD is superior to EMR in this setting, and choice of resection method may depend on local expertise.
EMR, endoscopic mucosal resection; ESD, endoscopic submucosal dissection; EUS, endoscopic ultrasound; FNA, fine-needle aspiration; FNB, fine-needle biopsy; GIST, gastric gastrointestinal stromal tumors; gNET, gastric neuroendocrine tumors; SEL, subepithelial lesions.

https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/01000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis_and_Management.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2

Bàn luận

Quản lý mỗi SEL tuỳ theo vị trí, mô bệnh học, tiềm năng ác tính và triệu chứng của nó.

Thực tế ở Medic, những sang thương dưới niêm ở đường tiêu hoá (SEL) thường được phát hiện qua nội soi tiêu hoá, đôi khi qua siêu âm bụng hay CT, MRI bụng. Do không thực hiện Siêu âm qua Nội soi _ EUS (thủ thuật xâm lấn, người bệnh phải được gây mê) và không sinh thiết được tổn thương, chúng ta chỉ có thể chẩn đoán dựa vào một số tính chất thấy được qua các phương tiện hiện có (nội soi, siêu âm, CT hay MRI), không có kết quả giải phẫu bệnh lý.

Nên chuyển đến các cơ sở có EUS các SEL nghi ngờ ác tính như các:

SEL ở dạ dày có kích thước > 2 cm,

SLE có Loét trên nội soi; giới hạn không rõ ràng và/hoặc mật độ phản âm không đồng nhất trên siêu âm; bắt thuốc cản quang không đều trên CT có tiêm thuốc cản quang, hoặc có hạch vùng bệnh lý.

SLE tăng kích thước so với trước đó.

Các trường hợp ít có khả năng ác tính như u mỡ, tuỵ lạc chỗ, ... cần Giám sát định kỳ mỗi 6-12 tháng.

Kết luận

Trong thực hành hàng ngày.

- ✓ *Lưu ý chẩn đoán nguyên nhân khi gặp Thiếu máu thiếu sắt.*
- ✓ *Tránh bỏ sót SEL và giám sát tốt những trường hợp có nguy cơ cao để giải quyết kịp thời.*

Tài liệu tham khảo

- https://www.uptodate.com/contents/causes-and-diagnosis-of-iron-deficiency-and-iron-deficiency-anemia-in-adults?search=Iron%20deficiency%20anemia&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
- https://ungthuhoc.vn/udndth/
- https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2023/01000/ACG_Clinical_Guideline__Diagnosis_and_Management.16.aspx?context=FeaturedArticles&collectionId=2
- https://www.e-ce.org/journal/view.php?doi=10.5946/ce.2023.005
- https://tapchiyhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/9214

Cảm ơn sự chú ý lắng nghe của quý vị.