

## UNG THƯ DẠ DÀY

### Mục tiêu

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học bệnh ung thư dạ dày.
2. Kể các yếu tố nguy cơ và cơ chế gây bệnh ung thư dạ dày.
3. Trình bày các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư dạ dày.
4. Chẩn đoán ung thư dạ dày theo phân độ TNM để tiên lượng.
5. Điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày theo từng giai đoạn

## I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư dạ dày đứng hàng đầu của các ung thư đường tiêu hóa. Mặc dù tỷ lệ tử vong đã có chiều hướng giảm trong suốt 60 năm qua nhưng tỷ lệ bệnh so với các ung thư khác vẫn còn cao.

## II. DỊCH TỄ

Tỷ lệ bệnh ung thư dạ dày thay đổi giữa các quốc gia khác nhau. Ở Nhật Bản, Trung Quốc, Chilê và Ireland tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong đã có xu hướng giảm đáng kể. Ở Mỹ, trong những năm gần đây, tỷ lệ bệnh này đã giảm (ở nam từ 28/100.000 dân xuống còn 5/100.000 và ở nữ từ 27/100.000 xuống còn 2, 3/100.000) tỷ lệ nam/ nữ là 1, 7, tuổi trung bình là 63. Tỷ lệ tử vong giảm từ 33/100.000 vào năm 1930 xuống còn 3, 7/100.000 vào năm 1990. Năm 1996 có khoảng 22.800 trường hợp ung thư dạ dày mới mắc được chẩn đoán và có 14000 người chết.

Ở Nhật, tỷ lệ ung thư dạ dày là 69/100.000, tuổi trung bình là 55, và tần suất mắc bệnh có liên quan đến chủng tộc (người Mỹ gốc da đen, da đỏ và gốc Tây Ban Nha tỷ lệ ung thư gấp 2 lần so với người Mỹ da trắng). Ngoài ra, môi trường và các chất được xem là các carcinogene từ thức ăn cũng có liên quan đến bệnh. Tỷ lệ ung thư dạ dày cao ở tầng lớp dân cư có đời sống kinh tế xã hội thấp.

Riêng ở Việt nam, ước tính hằng năm có khoảng 10.000 trường hợp ung thư dạ dày mới mắc (số liệu tháng 5/2006 nguồn [www.vista.gov.vn](http://www.vista.gov.vn)).

## III. UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY

Khoảng 85% ung thư dạ dày thuộc loại adenocarcinomas (ung thư biểu mô tuyến dạ dày), 15% là loại lymphomas-non-Hodgkin và leio-myosarcomas và các loại u thứ phát ít gặp.

Ung thư biểu mô tuyến dạ dày được chia làm hai loại: loại lan tỏa và loại ruột non.

### 1. Giải phẫu bệnh vi thể

#### 1.1. Loại ruột non

Là loại ung thư dạ dày hay gặp. Các tế bào tăng sinh có cấu trúc ống dạng tuyến với đặc trưng là loạn sản tuyến (dysplasia). Loạn sản ở mức độ cao gặp trong giai đoạn tiền triển cũng như ở giai đoạn im lặng kéo dài từ 5 đến 15 năm. Loạn sản có thể xảy ra trên nền viêm dạ dày mạn teo tuyến cũng như ở vùng có dị sản ruột và cả hai phối hợp sẽ làm tăng nguy cơ của Adenocarcinoma dạ dày. Ung thư thường ở dạng loét, gặp ở hang vị và bờ cong nhỏ dạ dày và thường có giai đoạn tiền triển tiền ung thư kéo dài. Khối u có ranh giới rõ, di căn theo đường máu đến gan và theo đường bạch huyết đến hạch, tỷ lệ gặp ở người già nhiều hơn.

#### 1.2. Loại lan tỏa:

Đây là loại ung thư ít biệt hóa hơn loại ruột. Tế bào tăng sinh thâm nhiễm thành từng mảng, làm dày vách dạ dày. Nó phát triển khắp nơi ở dạ dày kể cả tâm vị làm mất khả năng giãn dạ dày (gọi là thể linitis plastica hoặc thể đá) và có khả năng di căn xa, thâm nhiễm phúc mạc và sau phúc mạc, lan tỏa vào các ống bạch mạch, xương. Loại này thường gặp ở người trẻ nhiều hơn người già và tiên lượng xấu hơn loại ruột.

Ngoài ra còn một dạng khác là Adenosquamous tiên lượng rất xấu vì tiến triển rất nhanh và di căn sớm.

## 2. Về đại thể

Tùy độ sâu và độ rộng của u, chia làm ung thư bề mặt và ung thư xâm nhập.

### 2.1. Ung thư bề mặt:

Chỉ giới hạn ở niêm mạc và hạ niêm mạc, chưa đến lớp cơ, biểu hiện 3 dạng:

+ Typ I: Lồi lên hoặc ở dạng polype

+ Typ IIa: Nếp niêm mạc chỉ gờ lên, Typ IIb: Niêm mạc bằng phẳng, Typ IIc: Niêm mạc hơi lún xuống.

+Typ III. Là sự đào sâu xuống như hình hang, được bao quanh bởi những nốt niêm mạc. Có trường hợp phối hợp giữa các loại làm cho nó có tính chất của ổ loét.

### 2.2. Ung thư thể xâm nhập:

Vượt qua lớp niêm mạc đến lớp cơ, thanh mạc. Có 3 loại.

+ Ung thư thể sùi: Một khối trên nền cứng và sùi vào bên trong lòng dạ dày, không có loét hay hoại tử.

+ Ung thư thể loét: Các nếp niêm mạc hội tụ dừng lại ngoài vòng phù nề.

+ Ung thư thể thâm nhiễm: Tổn thương lan tỏa tẩm nhuận toàn bộ dạ dày (thể đá)

- Ung thư dạ dày ở vùng tâm, phình vị thường lan rộng về phía thực quản ở chỗ nối dạ dày thực quản. Ung thư ở hang vị thường lan xuống và gây hẹp môn vị và hiếm khi xâm lấn qua tá tràng. Ung thư có thể lan đến mạc nối nhỏ, mạc nối lớn, lách, đại tràng, tụy, hạch vùng kế cận.

- Ung thư dạ dày thường di căn xa đến phổi, gan, não, xương, hạch thượng đòn (hạch Virchow), hạch nách trái (hạch Irish), hạch quanh rốn (hạch Sister Mary Joseph), buồng trứng (u Krukenberg), phúc mạc, trực tràng

## III. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

### 1. Các yếu tố nguy cơ đã được khẳng định

-Loạn sản dạ dày mức độ nặng: Thường gặp ở các thể viêm, loét dạ dày mạn với loạn sản tuyến. Khoảng 10% có thể tiến đến ung thư dạ dày sau 5 đến 15 năm.

-Viêm teo dạ dày mạn, dị sản ruột.

- Polyp dạng tuyến có tính gia đình (FAP): Có liên quan đến ung thư.

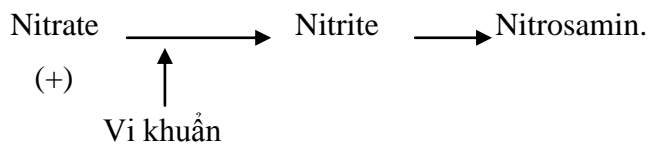
- Adenomas dạ dày.

- Barrette thực quản: Gây ung thư vùng tâm vị.

- Vi khuẩn *Helicobacter pylori*: Gây viêm dạ dày mạn vùng hang vị, viêm teo tuyến dạ dày, loét dạ dày, u limpho dạ dày (MALT) và ung thư dạ dày.

### 2. Các yếu tố có thể gây ung thư dạ dày

- Sau phẫu thuật cắt dạ dày vùng hang vị 15 – 25 năm theo dõi, tỷ lệ ung thư là 50 -70% vì có loạn sản ở gần miệng nối.
- Thiếu máu ác tính ở người già: Có liên quan đến viêm dạ dày mạn tít A ở vùng thân dạ dày với sự xuất hiện kháng thể kháng tế bào thành và kháng thể kháng yếu tố nội.
- Bệnh Menetrier: Có nhiều yếu tố gợi ý có liên quan đến ung thư nhưng không phải từ polype dạng tuyến..
- Hamartomas dạ dày.
- Thức ăn: Người ta nhận thấy rằng những người ăn nhiều và kéo dài các thức ăn được bảo quản bằng ướp muối, hun khói hay sấy khô có nồng độ nitrat cao thường kết hợp với ung thư dạ dày. Dưới tác dụng của vi khuẩn Nitrat sẽ bị biến thành nitrosamin, một chất gây ung thư.



- Ăn ít trái cây, rau tươi: Gợi ý bởi vitamin C ức chế sự biến đổi nitrite thành nitrosamin. Ở Hoa kỳ, giảm tỷ lệ mới mắc của ung thư dạ dày kết hợp với giảm của những thương tổn loét dạng ruột ở vùng thấp của dạ dày gợi ý rằng việc dùng thức ăn bảo quản lạnh đã làm hạn chế phát triển của vi khuẩn liên quan đến giảm tỷ lệ viêm, loét và ung thư dạ dày hơn là dùng thức ăn bảo quản bằng ướp muối hay hun khói.
- Tình trạng kinh tế xã hội cũng có vai trò quan trọng: Tỷ lệ ung thư dạ dày cao ở các nước có đời sống thấp, khả năng nhiễm khuẩn càng cao.
- Thuốc lá và rượu cũng được xem như là yếu tố nguy cơ.

### 3. Yếu tố nghi ngờ:

- Polyp tăng sản
- Polyp tuyến vùng đáy vị.
- Loét dạ dày lành tính.

-Nhóm máu A thường dễ bị ung thư dạ dày hơn các nhóm khác. Có lẽ nhóm máu này, khả năng bảo vệ của niêm mạc dạ dày chống các yếu tố gây u yếu hơn các nhóm máu khác.

## IV. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

### 1. Ở giai đoạn sớm

80% thường không có triệu chứng, số còn lại thường có triệu chứng của loét, nôn buồn nôn, chán ăn, giảm khẩu vị, đau bụng, xuất huyết dạ dày, giảm cân, nuốt khó.

### 2. Ở giai đoạn tiến triển

- Dấu chứng sệt cân là nổi bật (60%), buồn nôn, nôn, chán ăn, cảm giác nặng tức sau ăn, đau vùng thượng vị, đôi khi có cơn đau loét, chán rượu và thuốc lá, có thể có sốt. Chảy máu nhẹ và rỉ rả thường gặp nhất, với biểu hiện thiếu máu nhược sắc. Hẹp tâm vị thực quản gây khó nuốt đối với thể ung thư ở cao. Hẹp môn vị, tiền môn vị gây đau bụng, nôn, mất nước.
- Khám Bụng: Có khi bình thường hoặc có khi sờ được khối u hoặc mảng ranh giới không rõ ở vùng thượng vị. Có thể có di căn như sờ thấy hạch thượng đòn trái, hạch quanh rốn hay gan lớn, lách lớn, đau xương tự nhiên, cổ trướng.

- Các biểu hiện lâm sàng ít gặp: (Dấu chứng cận u): Giảm sản tủy, những mảng sắc tố đen ở da vùng nách (Acanthosis nigricans), hội chứng Trousseau, viêm da cơ, thiếu máu huyết tán vi thể, sùng hóa tuyến bã, bệnh thận màng.

## V. CẬN LÂM SÀNG

### 1. Về máu

- Tăng Fibrinogen và các protein khác của phản ứng viêm.
- VS tăng vừa.
- Thiếu máu: Giảm hồng cầu.
- Định lượng CEA (carcinogenic embryonary antigen): Tăng, chỉ thấy ở giai đoạn muộn trong 1/2 trường hợp, có ích trong việc theo dõi diễn tiến sau phẫu thuật cắt bỏ dạ dày.

### 2. Nội soi và sinh thiết (H1)

Là một tiến bộ trong chẩn đoán ung thư bề mặt, xác định vị trí tổn thương, tình trạng lan rộng của u, tình trạng chảy máu.

### 3. Xét nghiệm tế bào học

Chài tế bào nhưng khó phát hiện nếu tổn thương ở sâu.

### 4. Siêu âm bụng, siêu âm nội soi, Scanner bụng

Đánh giá độ rộng, sâu và phát hiện di căn của ung thư.

### 5. Xét nghiệm tủy, chọc dò não tủy, scanner sọ, sinh thiết da

Khi có gợi ý di căn.

### 6. X quang

- Hình ảnh khuyết với góc nhọn cắm vào thành dạ dày trong ung thư sùi hoặc loét sùi
- Co rút và cứng đơ trong ung thư thâm nhuận lan rộng.
- Lóet hình nêm (hình ảnh tam tài hay hình lõi táo) trong ung thư thể loét sùi.

## VI. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán càng sớm nhất là ở giai đoạn ung thư bề mặt thì cơ may điều trị khỏi (giai đoạn Tis), và thời gian sống càng dài. Phát hiện dựa vào X quang và nội soi sinh thiết hàng loạt. Ở Nhật, hiện nay phát hiện sớm ung thư dạ dày đến 90% trường hợp so với Hoa Kỳ là 40%. Đây là giai đoạn T1, T2 và thường ít triệu chứng.

- Vào giai đoạn muộn, triệu chứng càng rõ và nặng, có thể di căn xa, điều trị rất hạn chế.
- Khi nội soi, cần phải sinh thiết ít nhất 10 mảnh, với thể loét cần phải sinh thiết sâu. Trong thời kỳ làm sẹo khi điều trị, cần phải sinh thiết 2 đợt.

## VII. TIÊN LƯỢNG

Tùy thuộc thể mô học của ung thư, vị trí của u, sự xâm lấn tại chỗ và di căn.

- Tiên lượng tốt: Ung thư dạ dày giai đoạn sớm (tổn thương ở niêm mạc, dưới niêm mạc)
- Ung thư loại ruột non có giới hạn rõ hơn nên tiên lượng tốt hơn loại ung thư lan tỏa, ung thư vùng tâm vị và phình vị lớn do chẩn đoán chậm nên tiên lượng xấu hơn ung thư phần thấp của dạ dày, di căn phúc mạc tiên lượng xấu hơn.
- Phân loại theo TNM cho phép đánh giá và tiên lượng sống, nhưng còn dựa vào độ lớn của u (T), tổn thương hạch (N) và sự xuất hiện của di căn (M).

T1: U chưa vượt quá niêm mạc, tương ứng với ung thư bề mặt.

T2: U đến lớp cơ.

T3: U đến thanh mạc.

T4: U dính vào cơ quan lân cận.

N0: Không có hạch.

N1: chỉ có hạch gần dạ dày, phạm vi quanh 3 cm.

N2: Hạch vùng bị xâm nhập nhưng có thể cắt bỏ được.

N3: di căn hạch lan rộng: Không thể cắt bỏ được.

M0: Chưa có di căn tạng

M1: có di căn

Bảng 1: Bảng tiên lượng theo hiệp hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản

G/Đ	TNM	Sống đến 5 năm (%)
0	Tis N0M0(g/h lớp màng nhầy niêm mạc)	100
IA	T1N0M0 (xâm nhập n/m, hạ n/m)	95
IB	T2N0M0 (xâm nhập đến lớp cơ)	82
II	-T1N2M0 (xâm nhập n/m, còn trong vách) -T2N1M0(xâm nhập n/m, còn trong vách -T3N0M0 (lan khỏi vách)	55
IIIA	-T2N2M0 (xâm nhập đến cơ hoặc lan vách) -T3, N1-N2, M0 xâm nhập đến cơ hoặc lan vách	30
IIIB	T4, N0-N1, M0(dính chung quanh)	15
IV	-T4N2M0 (dính chung quanh hoặc) -T1-T4, N0-N2, M1 di căn xa	2

## VIII. CÁC LOẠI UNG THƯ DẠ DÀY KHÁC

### 1. *Lymphoma dạ dày tiên phát (H2)*

#### 1.1. Dịch tễ và giải phẫu bệnh

Hiếm gặp hơn loại adenocarcinoma, chiếm dưới 15% toàn bộ ung thư dạ dày. Có khoảng 1/3 trường hợp không có hạch. Loại này gia tăng trong suốt 20 năm qua.

U lympho dạ dày có thể nguyên phát hoặc thứ phát, gặp ở mọi lứa tuổi, nhất là sau 50 tuổi. Nhiễm H. pylori dường như làm gia tăng nguy cơ phát triển lymphoma dạ dày đặc biệt là loại MALT (mucosa-associated lymphoide tissue). Hình thái u lympho dạ dày đa dạng, u sinh ra từ các tổ chức dưới niêm mạc lan vào bên trong thành, trên một diện rộng hoặc tạo thành một khối nguyên vẹn. Ở đó niêm mạc có hình nốt, niêm mạc dày ra, đôi khi bị ăn mòn, khối lớn tạo ra u dạng polype, hoặc có khi lan đến tá tràng.

#### 1.2. Triệu chứng

Gầy sút, đau thượng vị, buồn nôn và nôn, thiếu máu, sốt, chảy máu, ít khi thủng. Lâm sàng sờ được khối u (1/3 trường hợp)

### 1.3. Chẩn đoán

Phân biệt với Adenocarcinoma dạ dày đôi khi rất khó dựa vào nội soi và sinh thiết (đôi khi phải sinh thiết sâu). X quang không có hình ảnh nào là đặc hiệu, nhưng nếu phối hợp thương tổn dạng polype và loét loét trên cùng một bệnh nhân thì gợi ý cho chẩn đoán.

### 1.4. Di căn

Hạch, gan, tủy xương, lách, phúc mạc, tầng trên cơ hoành.

### 1.5. Tiên lượng

Tốt hơn adenocarcinome, 40%- 60% bệnh nhân sống được 5 năm.

Tiên lượng các giai đoạn của lymphoma dạ dày theo Ann Arbor.

-G/đ1:Chỉ ở dạ dày:Tỷ lệ tương đối gặp 26-28%

-G/đ2:Có hạch ổ bụng: 43-49%.

-G/đ3:Có hạch trên cơ hoành.

-G/đ4: tổn thương lan toả (giai đoạn 3 và 4 là 13-31%).

### 2. Sarcome cơ trơn

Chiếm 1%- 3% ung thư dạ dày, ác tính bắt nguồn từ cơ. Tổn thương ở thân dạ dày, gây loét và chảy máu. Nó hiếm khi xâm nhập vào các tạng lân cận và không di căn hạch nhưng có thể lan đến gan và phổi.

### 3. U carcinoid dạ dày

Chiếm 0, 3% ung thư dạ dày. Đây là loại u nội tiết tạo ra các chất có nhiều hoạt tính sinh học như serotonin, histamin, somatostatin và các kinin nhưng không gây các triệu chứng phù nề mắt, tiêu chảy và các triệu chứng tim phổi như trong hội chứng carcinoid. Tổn thương thường ở lớp dưới niêm mạc nhưng có thể loét đến lớp cơ. Tổn thương nhiều nơi kèm tăng gastrin máu.

### 4. U trung mô khác

Ác tính bắt nguồn từ mô thần kinh

### 5. Sarcome mạch máu Kaposi

Chủ yếu ở da, nội tạng đặc biệt dạ dày. Biểu hiện dưới dạng nốt ở dưới niêm mạc, đôi khi loét có màu đỏ sẫm, đường kính 1-2 cm. Thường gặp ở bệnh nhân AIDS hoặc bệnh nhân đang điều trị bằng liệu pháp ức chế miễn dịch.

### 6. U dạ dày thứ phát

Thường hiếm, nguyên phát từ một melanome ác tính, ung thư vú, phổi, tụy, tinh hoàn, tuyến mang tai. Hình ảnh X quang giống với lymphome hoặc u dạ dày thể lan toả. Chẩn đoán bằng nội soi, sinh thiết

## IX. ĐIỀU TRỊ

### 1. Điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày

#### 1.1. Phẫu thuật triệt để

Là chỉ định hàng đầu, phát hiện bệnh càng sớm thì kết quả sau phẫu thuật càng cao (tỷ lệ sống sau 5 năm là 37% ở Nhật và 10-15% ở Hoa Kỳ).

- Cắt cách bờ khối u ít nhất 5 cm.

- Cắt bán phần: Ung thư bề mặt ở 1/3 dưới chưa di căn hạch thì cắt dạ dày bán phần là đủ.
- Cắt toàn phần: Ung thư 1/3 giữa và trên cắt dạ dày toàn phần tốt hơn cắt bán phần hoặc cắt cực trên, nạo bỏ hạch toàn bộ.
- Cắt lách phối hợp khi ung thư dạ dày ở bờ cong lớn.
- U tâm vị: Cắt phần cuối thực quản và phần đầu dạ dày.

1.2. Phẫu thuật tạm thời: Khi đã có di căn xa.

1.3. Điều trị không phẫu thuật

1.3.1. Hoá trị:

Cải thiện được triệu chứng đau, triệu chứng toàn thân, làm chậm tái phát. Thường dùng cho điều trị giai đoạn ung thư không phẫu thuật được và bổ sung cho điều trị phẫu thuật. Thường dùng đa hoá trị liệu nhưng chưa thấy tăng thời gian sống, độc cho gan, tim và thận nên dùng thận trọng cho người già. Các thuốc bao gồm:

PLF

\*5-FU: 2600mg/m<sup>2</sup>, truyền tĩnh mạch trong 24 giờ, mỗi tuần 1 lần trong thời gian 6 tuần  
 Chống chỉ định: phụ nữ có thai, bạch cầu < 2.500/mm<sup>3</sup>

\*Cisplatin: 50mg/m<sup>2</sup>, truyền tĩnh mạch trong 15 phút ở tuần 1, 3, 5 và 8.

\*Calcium folinate 500mg/m<sup>2</sup>, truyền tĩnh mạch trong 30 phút mỗi tuần 1 lần trong 6 tuần.

FAMtx

\*Methotrexate 1500mg/m<sup>2</sup>, truyền 30 phút nghỉ 60 phút trong ngày thứ nhất.

\*5-FU: 1500mg/m<sup>2</sup>, truyền trong 30 phút, ngày thứ nhất.

\*Calcium folinate 15mg/m<sup>2</sup>, truyền trong 24 giờ sau khi truyền methotrexate trong ngày đầu, từ ngày thứ 2 trở đi, truyền trong 6 giờ.

\* Doxorubicin: 30mg/m<sup>2</sup>, truyền trong 30 phút, lập lại ngày thứ 15 và 29.

Thuốc có nhiều tác dụng phụ như buồn nôn, sốt, đi chảy, viêm thực quản, suy tủy, giảm bạch cầu hạt, nhiễm độc cơ tim, rụng tóc, nổi mào đay.

1.3.2. Xạ trị

\* Dùng 1 liều 28- 35Gy trực tiếp tại đáy khối u hoặc trên mặt cắt trong khi phẫu thuật.

\* Dùng liều 45-50Gy, 20-30 lần, kết hợp với hoá trị cho các trường hợp không phẫu thuật được và có tiên lượng xấu (di căn màng bụng, xương, hạch sâu), hoặc cùng với phẫu thuật sẽ làm giảm đau và chậm sự tái phát u và hạn chế di căn.

Kết quả điều trị phẫu thuật: Theo JRSGC

- Có phẫu thuật, kết quả điều trị tuyệt đối: T1, T2, hạch nạo vét xa vùng tổn thương, chưa có di căn gan, phúc mạc. Tỷ lệ sống sau 5 năm là 50%.

- Có phẫu thuật, kết quả điều trị tương đối: T1, T2, chưa di căn, hạch gần vùng tổn thương. Tỷ lệ sống sau 5 năm là 25%.

-Không phẫu thuật được, kết quả điều trị tương đối: T3, di căn gan, phúc mạc. Tỷ lệ sống sau năm năm là 15%.

-Không phẫu thuật được, kết quả điều trị tuyệt đối: Khi u quá lớn, u ở giai đoạn T4N1, T4N2, có hơn 4 hạch phát hiện khi mở bụng (2%).



1.4. Các biện pháp hỗ trợ khác:

- Đặt stent, cắt bằng tia laser kèm cầm máu với Nd:YAG (Argon và Neodymium: Yttrium aluminum garnet) qua nội soi.
- Bồi phụ sắt, dùng thuốc giảm đau thông thường, morphin và các dẫn xuất của nó.

2. Điều trị Lymphoma dạ dày và các loại ung thư khác của dạ dày

2.1. Điều trị lymphoma dạ dày.

-G/đ1: Cắt bán phần hay toàn phần kèm hoá và xạ trị sau phẫu thuật: 4 liệu CHOP, phối hợp một hay hai lần xạ trị 39, 6Gy. Thành công 80%. Nếu là loại MALT lymphoma thì phối hợp diệt tận gốc HP.

-G/đ 2, 3, 4: Phẫu thuật kèm hoá trị liệu, loại lan toả sống không quá 2 năm.

- Nếu không phẫu thuật được: Hoá và xạ trị: 4 liệu CHOP phối hợp xạ trị 25, 5Gy nửa bụng trên.

Theo dõi tái phát sau phẫu thuật: Nội soi dạ dày trong vòng 3 năm đầu, chú ý vòng bạch huyết Waldeyer vì đây là vị trí hay tái phát.

Kết quả điều trị: Sống > 5 năm là 50%

2.2. Điều trị sarcome cơ trơn

Điều trị phẫu thuật kết hợp hoá trị liệu cho trường hợp đã có di căn

2.3. Điều trị u carcinoid dạ dày

Điều trị bằng phẫu thuật, hoá trị kèm Octreotide có thể cải thiện triệu chứng ở nhiều bệnh nhân.

2.4. Điều trị u trung mô khác

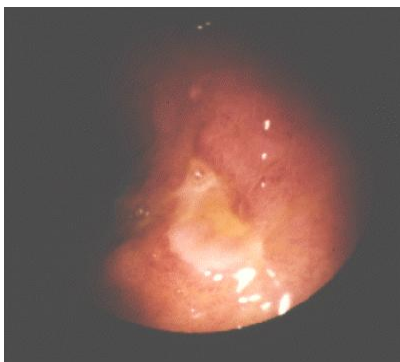
Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật.

2.5. Điều trị sarcome mạch máu Kaposi

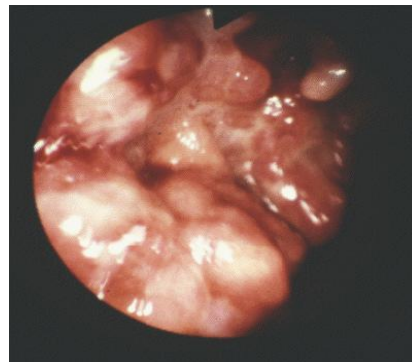
Điều trị bằng phẫu thuật, tiên lượng rất xấu.

2.6. Điều trị u dạ dày thứ phát

Điều trị bằng hóa trị, tiên lượng xấu.



H1. Ung thư dạ dày thể loét giai đoạn sớm



H2. Lymphoma dạ dày