



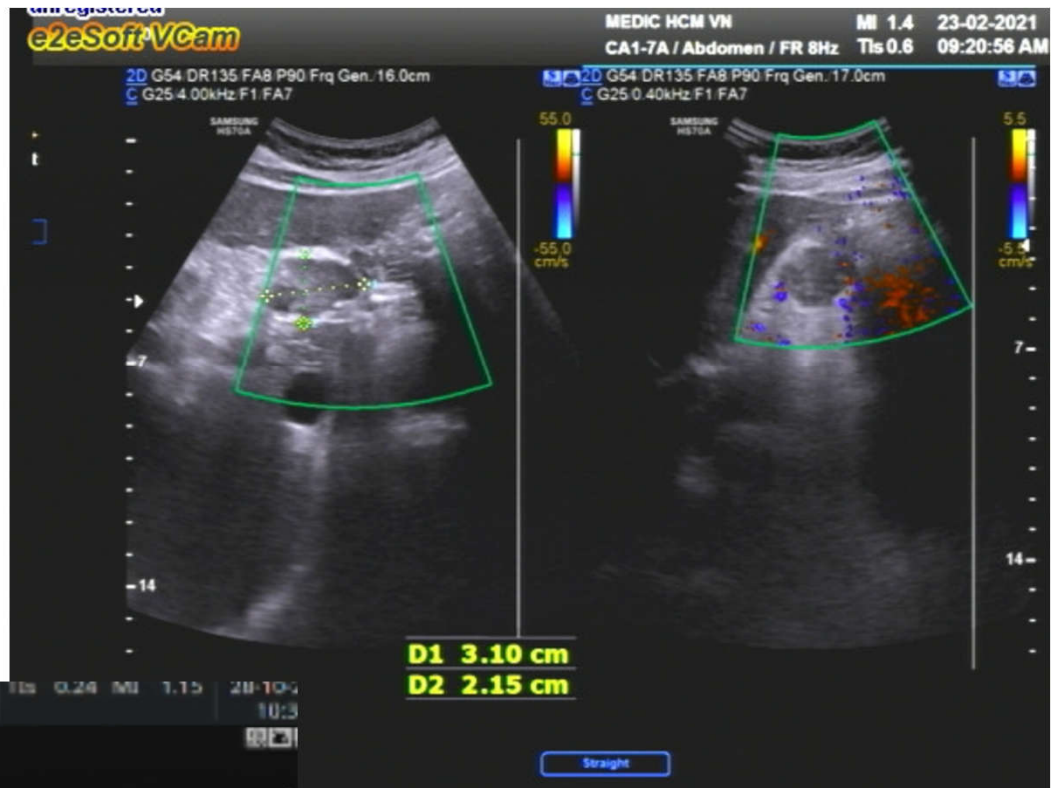
MỘT TRƯỜNG HỢP GIST DẠ DÀY

BS VÕ THỊ PHƯƠNG TRINH
KHOA SIÊU ÂM



HÀNH CHÁNH

- BN :Nữ , 51F
- ĐC : VŨNG TÀU
- KHÁM: 23/02/2021
- LÍ DO: KIỂM TRA SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ
- BỆNH SỬ: KHÔNG TRIỆU CHỨNG GÌ
- TIỀN SỬ: KHÔNG GÌ LẠ





QRCode kết quả

Khoa : SIÊU ÂM 3D - Nhũ - Phòng 3D _ 1

Máy: SAMSUNG WS80A

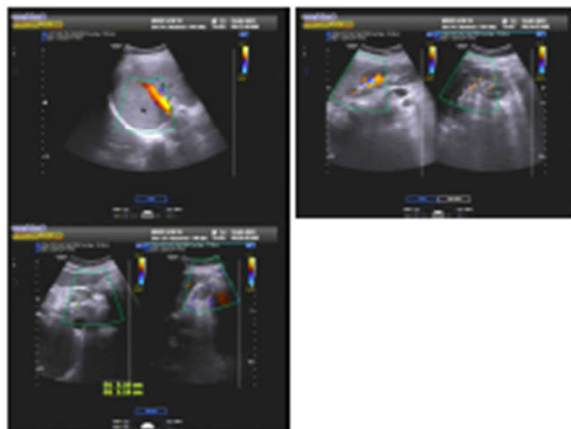
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU



ID :
Họ và tên :
Địa chỉ :
Lâm sàng :
BS chỉ định :
Ngày ĐK: 08/11/2021 11:53
60 tuổi Nữ
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, cạnh vùng thần tụy có mass echo kém, bờ đa cung, d = 31x22mm, ít tín hiệu mạch máu. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P - T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- Tử cung: ngã trước; Dap = 27mm; nội mạc mỏng, không u. Buồng trứng (P)(T) : không u.
- Động mạch chủ bụng không phình. Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN: TD U VÙNG THẦN TỤY (CDPB: GIST DẠ DÀY)

Đề nghị:

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 08/11/2021 11:56

(Bác sĩ đã ký)

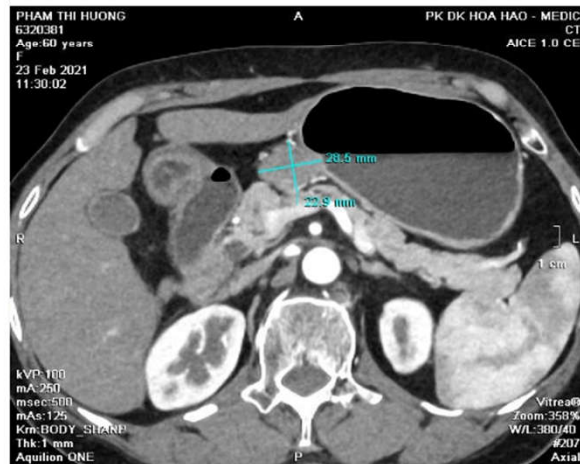
Bs. Võ Thị Phương Trinh



PK DK HOA HAO - MEDIC

Patient ID: 6320381
Patient Name: PHAM THI HUONG
Date of Birth: 01 Jan 1961
Gender: F

Referring Physician:
Exam Type:
Scan Date: 23 Feb 2021
Report Date: 23 Feb 2021-02:10PM





KQ MSCT



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
Địa chỉ : 254 Hòa Hảo, Phường 4, Quận 10, TP. HCM
Điện thoại : 028.39270284 - 028.39272136
Email : hoahao254@medic.com.vn ; Website : www.medic.com.vn



6320381

MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 210223119 Ngày ĐK : 23/02/2021 10:53 [Quét QR Code để xem KQ]
Bệnh nhân : Tuổi : 60 Nữ
Địa chỉ :

Bác sĩ chỉ định : BS NGUYỄN NGỌC KHÔI
Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK
LÝ DO KHÁM : -
Máy : MSCT 640 _ 2

Vùng : CT VÙNG BỤNG Không, sau đó tiêm tương phản

Kết quả : ** KỸ THUẬT:
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm với máy MSCT Aquilion, không 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 giãn. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Dinh bở cong nhỏ dạ dày có thương tổn mật độ mô mềm 28x23mm. Thương tổn bắt thuốc cản quang vừa phải và không dấu xâm lấn xung quanh.
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.
Phản phụ bình thường.
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

*** KẾT LUẬN:

THEO DÕI GIST BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 23/02/2021 14:20
(Bác sĩ đã ký)



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐỒNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)			
	*		
WBC	8.7	(4.0-10.0)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	53.5	(40 - 74 %)	
% Lym	36.7	(19 - 48 %)	
% Mono	5.6	(3 - 9 %)	
% Eos	3.3	(0 - 7 %)	
% Baso	0.9	(0 - 1.5 %)	
# Neu	4.7	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	3.2	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.5	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.3	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.1	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.75	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	13.9	(12 - 18 g/dL)	
Hct	42.0	(35 - 52 %)	
MCV	88.5	(80 - 97 fL)	
MCH	29.3	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.1	(31 - 36 g/dL)	
RDW	13.7	(11.0 - 15.7%)	
PLT	176	(130 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	8.7	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU THƯỜNG QUI - MICROBIOLOGY/URINE ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:			
1)Chemistry (Sinh Hóa) :			
	*		QTVS044
Glucose	NEG	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	(μmol/L)	
Ketone	NEG	(mmol/L)	
Spe-Gravity	1.011	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(NEGATIVE)	
pH	5.0	(4.6-8.0)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
IONOGRAMME:			
	*		QTSH067
Na	143.6	(130 - 145 mmol/L)	
K	4.75	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.62	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	105.4	(96 - 108 mmol/L)	
Iron (Sắt/HT)	65.20	(50 - 168 μg/dL)	QTSH088
Glucose (FPG) ¹	5.86	(3.90 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
CPK-MB (Abbott)	1.40	(< 7 ng/ml)	QTSH073
SGOT (AST) ¹	30.42	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)	19.62	(3 - 30 U/L)	QTSH013
hs CRP	5.06 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum	0.732	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	89	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	

Lấy mẫu tại nhà:
0935 365 116

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:
- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
2. ** Kết quả báo động
3. Kết quả chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

Số trang: 2/3

H: High - L: Low

Lấy mẫu tại nhà:
0935 365 116

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:
- 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)
- 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2012
2. ** Kết quả báo động
3. Kết quả chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

Số trang: 1/3



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (08) 3834 9593 - 1900 6497
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (08) 3927 0284 (Ext:1134) - Fax: (08) 3927 1224
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com/www.medic-lab.com.vn

PID: 6320381 S.T.T.: 1762
Ngày giờ đăng ký: 07:38:40 23/02/2021
Ngày giờ lấy mẫu: 07:49:38 23/02/2021
PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
(Bản TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.5)

Họ tên: I

Địa chỉ: t

Đơn vị: Medic

BS yêu cầu: NGUYỄN.N.KHÔI (PK.TQ)

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Protein	NEG	(g/L)	
Urobilinogen	NEG	(μmol/L)	
Nitrite	NEG	(NEGATIVE)	
Leucocytes	NEG	(NEGATIVE)	
Color	Yellow		
Clarity	Clear		
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):			
	.	(particles/μL)	
Red Blood Cells	6	(0 - 15)	
Leucocytes	9	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)	
Uric acid	0	(0 - 6)	
Casts	0	(0 - 6)	
Epithelial Cells	0	(0 - 10)	
Bacteria	0	(0 - 130)	

III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

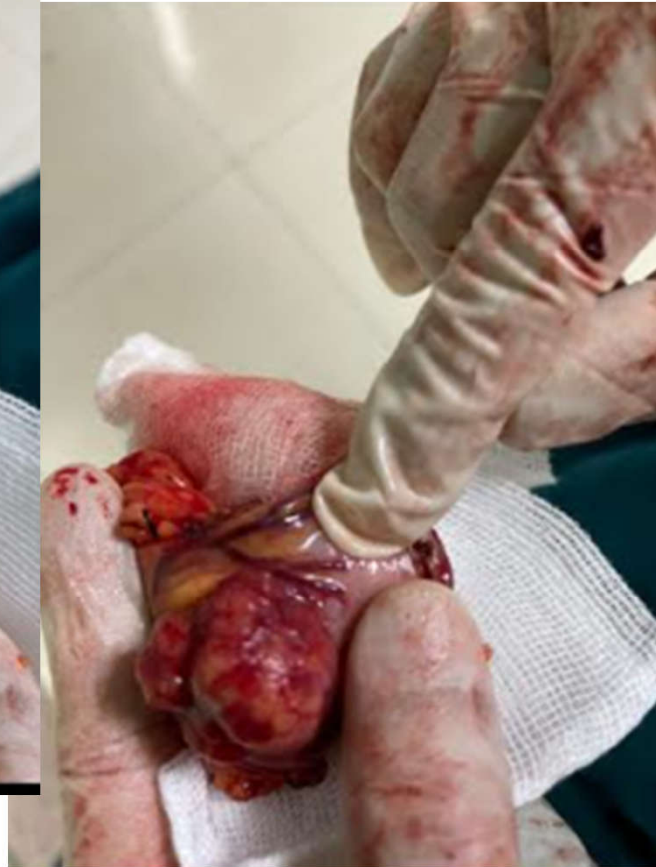
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
IONOGRAMME:			
	*		QTSH067
Na	143.6	(130 - 145 mmol/L)	
K	4.75	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.62	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	105.4	(96 - 108 mmol/L)	
Iron (Sắt/HT)	65.20	(50 - 168 μg/dL)	QTSH088
Glucose (FPG) ¹	5.86	(3.90 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
CPK-MB (Abbott)	1.40	(< 7 ng/ml)	QTSH073
SGOT (AST) ¹	30.42	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)	19.62	(3 - 30 U/L)	QTSH013
hs CRP	5.06 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum	0.732	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	89	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
B.N.P	34.40	(≤ 100 pg/mL)	QTMD127
HBsAg (Định tính, qualitative)	NEG S/CO 0.290	(Index <1; S/Co <1)	QTMD017
Anti HBs (Định lượng, quantitative)	286.3 H	(≥ 10 mIU/mL)	QTMD123
Anti HCV (Định tính, qualitative)	NEG S/CO 0.060	(S/Co < 1; Index < 1)	QTMD018
IgE	49.70	(< 130 UI/mL)	
Troponin-I hs (Abbott) ¹	1.10	(M < 34.2 ng/L, F < 15.6 ng/L)	QTMD011.1
Ngày 23/02/2021 Khoa Xét nghiệm			
Bs. Nguyễn Bảo Toàn			

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân.





ĐẠI THẾ

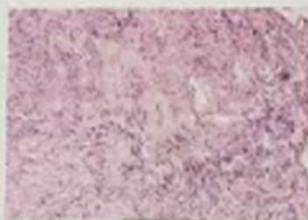




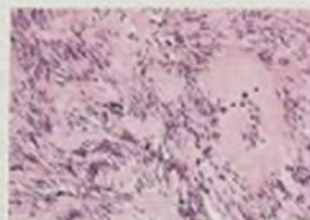
GPB

1. Mô tả vi thể :

Hiện diện tế bào hình thoi khá dị dạng một độ tế bào cao, cấu trúc dạng ổ, dạng sợi phân bào nhiều.



Hình 10X



Hình 40X

2. Chẩn đoán giải phẫu bệnh :

1. DIỆN CẮT BÌNH THƯỜNG
2. BUỒU MÔ DẪM DƯỠNG TIÊU HÓA LOẠI TẾ BÀO HÌNH THOI GRAD THẤP

3. Đề nghị : NHUỘM HMMD BỘ GIST

Ngày 06-05-2021

BS-Đọc kết quả

PHÒNG XÉT NGHIỆM
GIẢI PHẪU BỆNH
15A Nguyễn Thị Lương - Sơn Tây

BS. NGUYỄN VĂN THÀNH

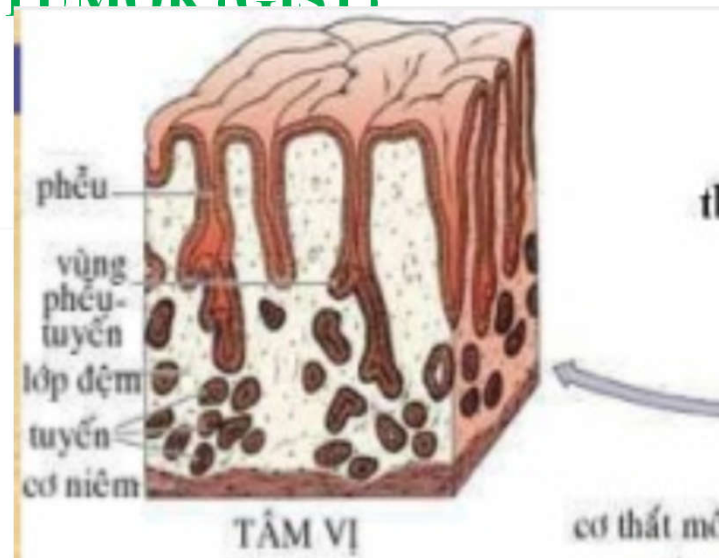


GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST)

U mô đệm dạ dày ruột (GISTs)

Theo Elliot M. Livstone, MD, Sarasota Memorial Hospital, Sarasota, FL

Xem lại/Duyệt lại toàn bộ lần cuối Thg10 2017 | Sửa đổi nội dung lần cuối cùng Thg10 2017



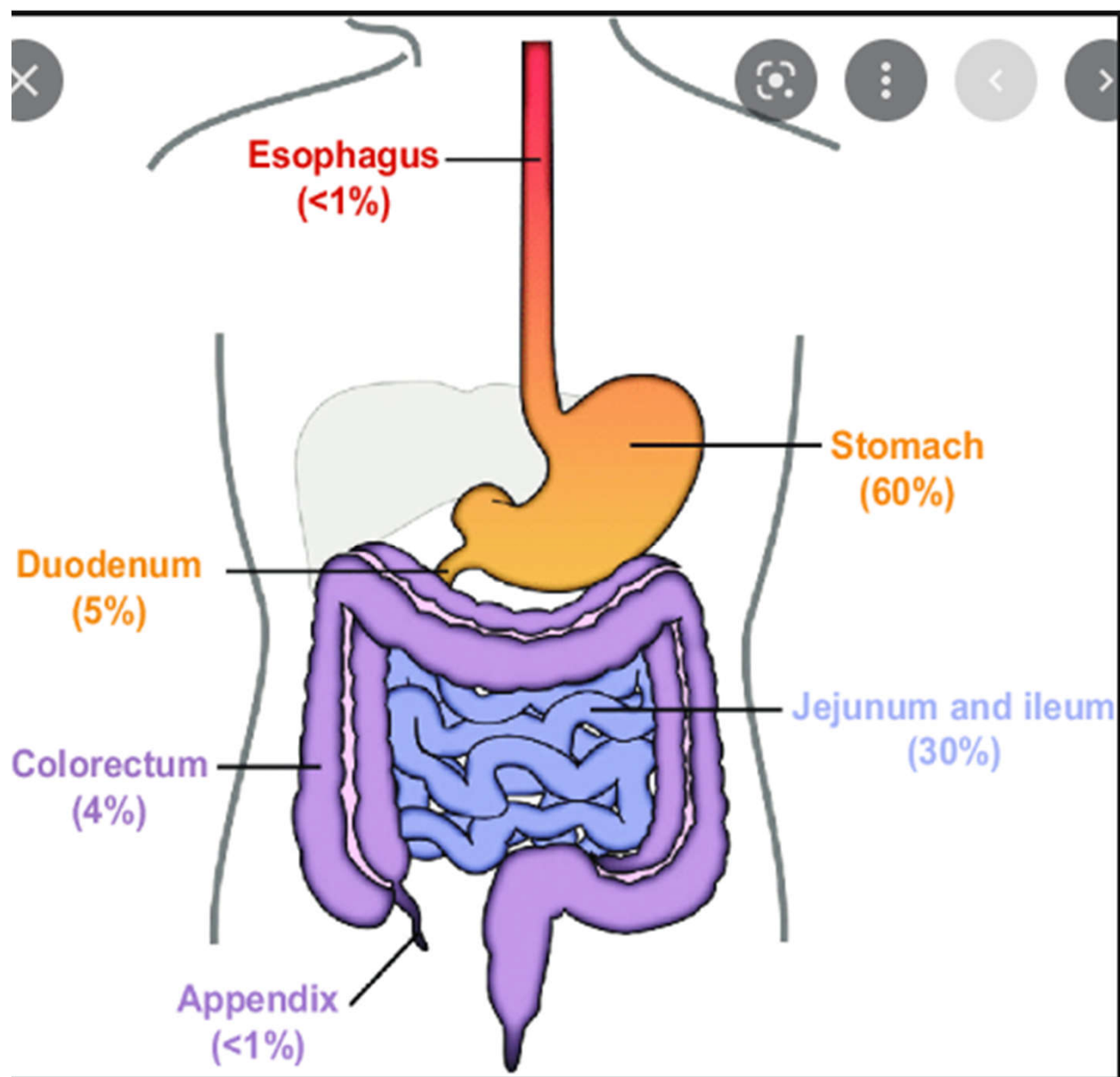
U mô đệm dạ dày ruột (GISTs) là các khối u của đường tiêu hóa bắt nguồn từ các tế bào tiền thân trung mô ở thành ruột. Chúng là kết quả của đột biến gen thụ thể yếu tố tăng trưởng, *C-KIT*. Một số do xạ trị vùng bụng trước đó khi điều trị các khối u khác.

Đây là loại u phát triển chậm, có nguy cơ ác tính thay đổi từ rất ít đến rất đáng kể. Hầu hết (60 đến 70%) u ở dạ dày, 20 đến 25% ở ruột non, một tỷ lệ nhỏ u ở thực quản, đại tràng và trực tràng. Độ tuổi trung bình khi có triệu chứng là 50 đến 60.

Các triệu chứng của GIST rất khác nhau tùy theo vị trí nhưng bao gồm chảy máu, chứng khó tiêu, và tắc nghẽn.

Chẩn đoán GIST thường bằng nội soi có sinh thiết và siêu âm nội soi để phân loại giai đoạn.

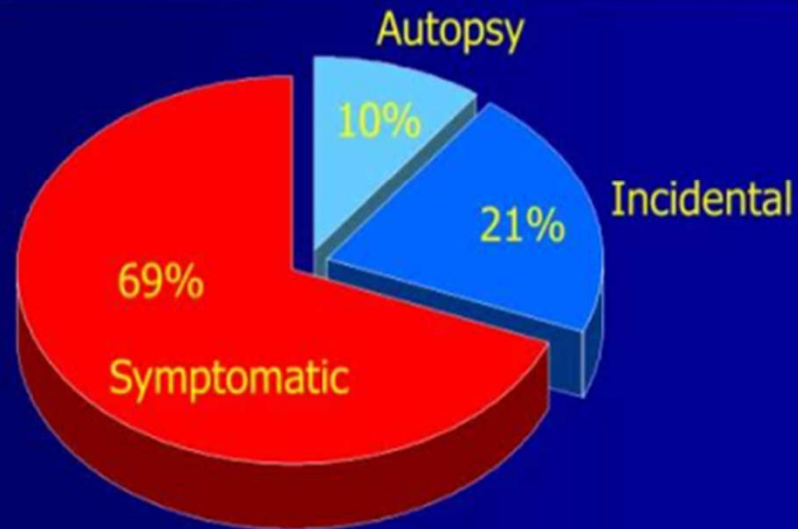
Điều trị u mô đệm dạ dày ruột bằng phẫu thuật cắt bỏ là chủ yếu. Thuốc ức chế tyrosin kinase imatinib có thể được sử dụng khi khối u dương tính với protein KIT CD117; thuốc có hiệu quả với các bệnh nhân có u không thể cắt bỏ hoặc đã di căn và điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật ở bệnh nhân là người lớn¹).



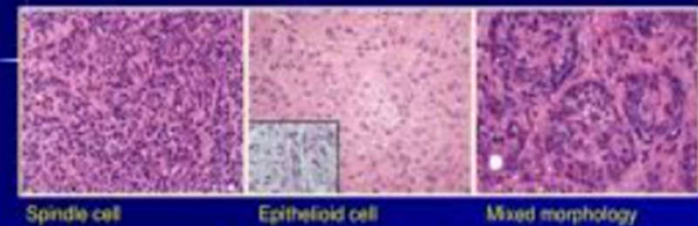


Circumstances of GIST Detection

Approximately 1/3 of GISTs are asymptomatic

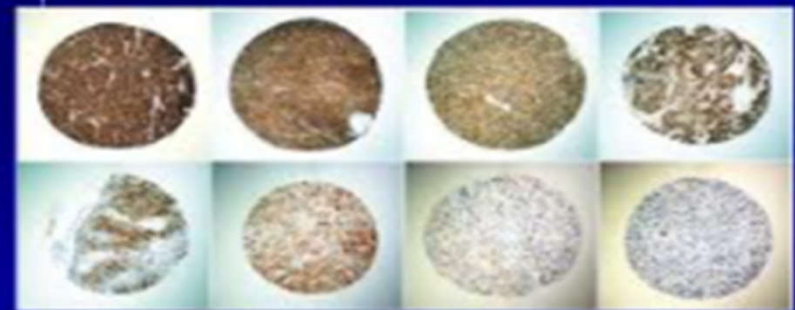


Histopathology



- At diagnosis, GIST generally is 2-30 cm¹
- GIST can be classified into 3 broad categories²
 - Spindle-cell type (70%)
 - Epithelioid-cell type (20%)
 - Mixed spindle-cell and epithelioid-cell type (nested morphology) (10%)

Variable Pattern of KIT (CD117) Staining in GIST





Primary tumor (T)

TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence for primary tumor
T1	Tumor 2 cm or less
T2	Tumor more than 2 cm but not more than 5 cm
T3	Tumor more than 5 cm but not more than 10 cm
T4	Tumor more than 10 cm in greatest dimension

Regional lymphnodes (N)

N0	No regional lymph node metastasis*
N1	Regional lymph node metastasis

Distant metastasis (M)

M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis

Histologic grade (G)[‡]

GX	Grade cannot be assessed
G1	Low grade; mitotic rate $\leq 5/50$ HPF
G2	High grade; mitotic rate $> 5/50$ HPF

Anatomic stage/ prognostic groups

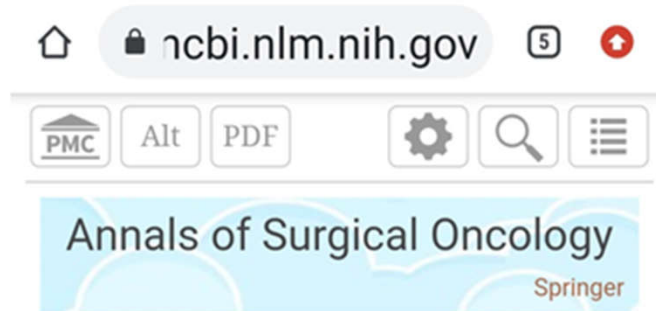
Stage	T	N	M	Mitotic rate
Gastric GIST				
IA	T1 or T2	N0	M0	Low
IB	T3	N0	M0	Low
II	T1	N0	M0	High
	T2	N0	M0	High
	T4	N0	M0	Low
	T3	N0	M0	High
IIIA	T3	N0	M0	High
IIIB	T4	N0	M0	High
IV	Any T	N1	M0	Any rate
	Any T	Any N	M1	Any rate



Table 2 Comparison of GIST imaging modality advantages and disadvantages

Imaging modality	Advantages	Disadvantages
CT enterography	Identifies location of tumors, perforation, local invasion, metastasis, definitive diagnosis (CT-guided biopsy). Displays full thickness of small bowel and mesentery. Determines sensitivity to adjuvant therapy	–
Abdominal ultrasound	Useful for visualization of tumors >5 cm in diameter	Inconsistent reliability in presence of necrosis, ulceration, and air in bowel. Variable efficacy due to operator skill
Magnetic resonance imaging	Identifies location of tumors, perforation, local invasion, and metastasis	Does not display full thickness of small bowel and mesentery
PET/CT combination imaging	GIST tumor staging, identifying areas of necrosis, differentiating benign vs. malignant tumors, determining sensitivity to adjuvant therapy. Better for imaging liver metastasis than CT alone	–

GIST, gastrointestinal stromal tumor.



The Role of Endoscopy in the Diagnosis of Gastric Gastrointestinal Stromal Tumors

Toshirou Nishida, MD, PhD

[Additional article information](#)

Gastrointestinal stromal tumor (GIST) is a rare cancer but the most common sarcoma in the gastrointestinal tract, arising most frequently in the stomach.¹ Its

22:40

51%

cells of Cajal and mostly occurs in the intermuscular layer.^{1,2}

Subsequent progression of GIST may be intraluminal, extrinsic, or bidirectional in the gastric wall.

Practically, all tumors are covered by the normal mucosa and appear as submucosal (or subepithelial) tumors (SMTs) in endoscopic and fluoroscopic examinations. Hence, GIST is not directly visualized by endoscopy without using endoscopic ultrasound (EUS), and pathological specimens are not always obtained by conventional endoscopic biopsy. Because of its neoplastic behavior and localization, GIST may be sometimes asymptomatic until advanced stages and its histologic diagnosis prior to surgery is still



National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

Advanced

Save

Case Reports

> [J Gastrointest Surg.](#) 2011 Jul;15(7):1232-6. doi: 10.1007/s11605-011-1464-3.

Epub 2011 Feb 19.

Extraabdominal lymph node metastasis in gastrointestinal stromal tumors (GIST)

Nikolaos Vassos¹, Abbas Agaimy, Werner Hohenberger, Roland S Croner

Affiliations + expand

PMID: 21336495 DOI: [10.1007/s11605-011-1464-3](#)



Abstract

Background: The two principal ways of metastases in gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are diffuse intraabdominal spread and liver metastasis whereas lymph node metastases (LNM) are extremely rare. Accordingly, nodal dissection is generally not recommended for GISTs' surgical treatment.

Methods: We present two unique cases of GIST with synchronous and metachronous extraabdominal LNM, whose clinical, macro-/microscopic, and immunohistochemical criteria, surgical and neo- or adjuvant therapy were investigated in retrospective analysis.

Results: A 76-year-old man was presented with an inguinal mass and a simultaneously detected intraabdominal mass. Pathological evaluation of the core needle biopsy from the inguinal lymph node confirmed metastatic GIST. Partial resection of the ileum and inguinal lymph node dissection (LND) showed a spindle cell GIST in the ileum with inguinal LNM. Imatinib mesylate therapy was administered, which was interrupted 2 years later because of patient's intolerance. A 35-year-old man underwent extended gastrectomy, atypical liver resection, splenectomy, and LND because of a huge gastric fundus GIST. Postoperative imatinib mesylate therapy was administered. Histology showed multiple regional lymph node metastasis. Two years later, a left hemihepatectomy was performed for liver metastases. During follow-up, new axillary LNM were detected, and a sunitinib therapy was initiated. Thereafter, he developed progressive axillary, mediastinal, hepatic, abdominal, osseous, and cutaneous metastases, and he was treated by palliative cytoreductive surgery.

Conclusion: These two cases demonstrate that extraabdominal node metastasis may rarely occur in GIST, either initially or in the setting of widespread disease. In selected cases with confirmed or suspected LNM, LND should be considered. Metachronous extraabdominal lymph node metastasis represents a late event in high-risk GISTs and cannot be controlled by drug therapy alone.



pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28321172/

Gastrointestinal stromal tumor of the stomach with axillary lymph node metastasis: A case report

Naoki Kubo¹, Nobumichi Takeuchi¹

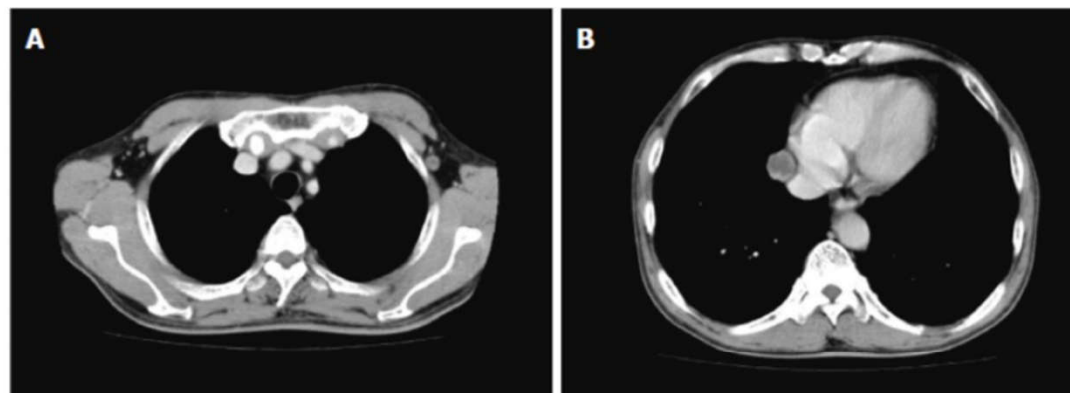
Affiliations + expand

PMID: 28321172 PMCID: PMC5340823 DOI: 10.3748/wjg.v23.i9.1720

[Free PMC article](#)

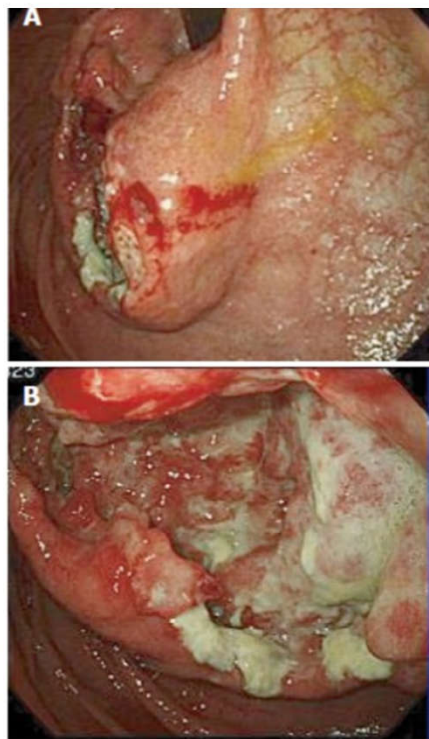
Abstract

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are the most common type of gastrointestinal mesenchymal tumors, although metastasis to the perigastric lymph nodes is relatively rare, compared with liver or peritoneal metastasis. In this report, we describe a case of stomach GIST with a solitary simultaneous metastasis in the left axillary lymph node. A 68-year-old man was diagnosed with a large upper-stomach GIST, and computed tomography and positron emission tomography revealed masses in the left axilla and right mediastinum. We did not detect evidence of metastases to the liver, or other sites including the perigastric lymph nodes, although findings from the surgically resected axillary lymph nodes were compatible with GIST metastasis. Treatment using imatinib markedly reduced the gastric and mediastinal lesions, and this response persisted for 3 years. The patient subsequently experienced rapid growth of the gastric lesion without mediastinal or axilla recurrence, which required palliative surgery. Despite continuing medical treatment (sunitinib and regorafenib), the patient died of liver metastases 23 mo after the surgery. Based on our findings, it appears that the axillary lymph nodes can be a potential metastatic site for GIST metastasis.



[See this image and copyright information in PMC](#)

Figure 2 Computed tomography reveals a tumor in the left axilla (A, diameter: 1 cm) and a tumor in the right mediastinum (B, diameter: 2 cm).



[See this image and copyright information in PMC](#)

Figure 1 Gastroscopy revealed a large tumor with ulceration in the upper body of the stomach.



pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32904396/

> Cancer Manag Res. 2020 Aug 24;12:7681-7690. doi: 10.2147/CMAR.S261823. eCollection 2020.

Skin Metastasis of Gastrointestinal Stromal Tumors: A Case Series and Literature Review

Peng Liu ^{#1}, Fengbo Tan ^{#1}, Heli Liu ¹, Jie Ge ¹, Sheng Liu ¹, Tianxiang Lei ¹, Xianhui Zhao ¹

Affiliations + expand

PMID: 32904396 PMCID: PMC7455533 DOI: 10.2147/CMAR.S261823

[Free PMC article](#)

Abstract

Background: Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) extremely and rarely metastasize to the skin, and such metastases have not been well characterized.

Methods: Retrospective analysis of clinicopathological data of patients with skin metastasis of a GIST (SM-GIST) admitted to Xiangya Hospital (Changsha, Hunan, China) and literature review were conducted.

Results: Including our 4 cases, a total of 17 cases have been reported to date. The mean age of the patients was 55.4 years (29~70 years) and there was not sex predominance (male 10 and female 7). Primary tumors were often located in the stomach (n=9), duodenum (n=2) and small bowel (n=2). Meanwhile, SM-GIST mainly occurred in head and face (n=6), extremities (n=6), followed by abdomen wall (n=5), back (n=3) and chest (n=2). Mutation analysis revealed that the frequency of wild-type GIST (WT-GIST), exon 9, 11 and 13 mutations was 6, 1, 4 and 1, respectively. The average time to SM-GIST was 4.22 years, specifically 4.59 years in gastric and 3.8 years in non-gastric. Moreover, for the resection only group (including chemotherapy), such average time was 3.63 years, while for the

FULL TEXT LINKS

[FREE full-text article](#)
Dovepress

[PMC](#) [Full text](#)

ACTIONS

[Cite](#)

[Favorites](#)

SHARE



PAGE NAVIGATION

< Title & authors

Abstract

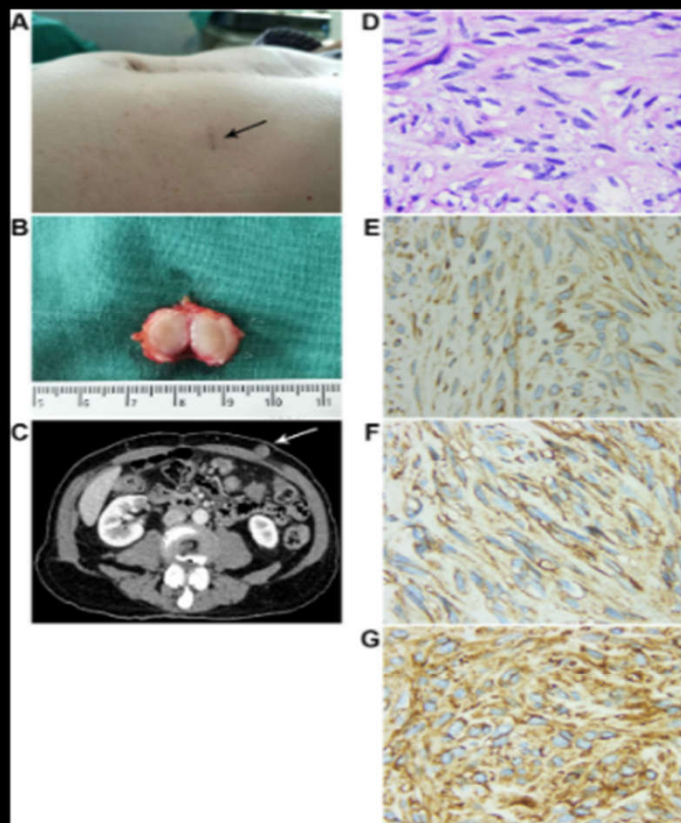
Conflict of interest
statement

Figures

.. ..



pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32904396/#&gid=article-figures&pid=figure-1-uid-0



↑ [See this image and copyright information in PMC](#)

Figure 1 (A) Subcutaneous nodules in the left anterior abdominal wall (arrow); (B) Surgical specimens after resection of subcutaneous nodule; (C) Abdominal computed tomography



BÀN LUẬN

1. KHOẢNG 1/3 CASE GIST KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG NÊN RẤT DỄ BỎ SÓT , THEO TLTK NẾU KHỐI U NHỎ ($< 5\text{CM}$) SIÊU ÂM RẤT DỄ BỎ SÓT (VÌ SIÊU ÂM LÀ CĐ ĐẦU TIÊN).
2. NỘI SOI KHÔNG PHẢI LÀ CÁCH ĐỂ TÀM SOÁT GIST
3. MSCT LÀ PHƯƠNG PHÁP HỮU HIỆU NHẤT THEO CÁC TLTK , GIST CÓ THỂ CHO DI CĂN HẠCH NGOÀI Ổ BỤNG, HẠCH NÁCH, VÀ CÁC KIỂU DI CĂN BẤT THƯỜNG GIÚP CHÚNG TA CHÚ Ý THÊM KHI KHẢO SÁT CHO BN

A bouquet of flowers, including a large pink dahlia, is tied with a piece of twine. A small, rectangular, light brown paper tag is attached to the twine. The tag has the words "Thank you!" written in a dark brown, cursive script. The bouquet is resting on a dark, textured wooden surface. The background is blurred, showing more greenery and flowers.

Thank
you!