Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 94-97

INDIVIDUALIZED TREATMENT STRATEGIES FOR SYNCHRONOUS MULTIPLE PRIMARY GASTROINTESTINAL NEOPLASMS: CASE REPORTS AND LITERATURE REVIEW

Nguyen Minh Tuan, Nguyen Thanh Luan*, Mai Tien Dung, Nguyen Tien Manh

19-8 Hospital, Ministry of Public Security – No. 9 Tran Binh, Tu Liem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/07/2026
Revised: 21/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Background: Synchronous multiple primary neoplasms (MPN) of the gastrointestinal tract are rare clinical entities and easily overlooked in diagnosis. Accurate staging of each tumor to devise an individualized treatment strategy is the key factor in improving survival prognosis.

Methods: This report presents two clinical cases of synchronous gastric and colorectal cancer treated at 19-8 Hospital in 2025: Case 1: A 77-year-old male with advanced gastric cancer (T4a) and early-stage right colon cancer (T1). Treatment involved a combination of endoscopic mucosal resection (EMR) for the colonic lesion and subtotal gastrectomy with D2 lymph node dissection. Case 2: A 48-year-old male with both advanced gastric cancer (T3/T4a) and advanced sigmoid colon cancer (T3/T4a). The patient underwent simultaneous double radical surgery: subtotal gastrectomy (D2) and radical sigmoidectomy.

Conclusion: Synchronous gastrointestinal cancers require high clinical suspicion. Comprehensive gastrointestinal endoscopy and contrast-enhanced abdominal CT scans are mandatory to avoid missing secondary lesions. Simultaneous radical surgery or a combination of endoscopic intervention and surgery provides an effective and safe treatment solution when tailored to the patient's performance status and disease stage.

Keywords: Multiple primary neoplasms, gastric cancer, colorectal cancer, synchronous cancer, radical surgery, individualized treatment.

*Corresponding author
Email: drluanbv198@gmail.com **Phone**: (+84) 989589426 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6410

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ CÁ THỂ HÓA TRONG UNG THƯ NGUYÊN PHÁT NHIỀU VỊ TRÍ ĐỒNG PHÁT TẠI ĐƯỜNG TIÊU HÓA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG HỢP Y VĂN

Nguyễn Minh Tuấn, Nguyễn Thành Luân*, Mai Tiến Dũng, Nguyễn Tiến Mạnh

Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - Số 9 Trần Bình, P. Từ Liêm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 18/07/2026
Ngày sửa: 21/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư nguyên phát nhiều vị trí (MPN) đồng phát tại đường tiêu hóa là thực thể lâm sàng hiếm gặp và dễ bị bỏ sót. Việc chẩn đoán chính xác giai đoạn từng khối u để đưa ra chiến lược điều trị cá thể hóa là yếu tố then chốt giúp cải thiện tiên lượng sống còn.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo 02 trường hợp lâm sàng ung thư dạ dày và đại tràng đồng phát được điều trị tại Bệnh viện 19-8 năm 2025: Ca 1: Bệnh nhân nam, 77 tuổi, ung thư dạ dày tiến triển (T4a) và ung thư đại tràng phải giai đoạn sớm (T1). Điều trị phối hợp cắt polyp đại tràng qua nội soi (EMR) và phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, bảo tồn đại tràng. Ca 2: Bệnh nhân nam, 48 tuổi, ung thư dạ dày tiến triển (T3/T4a) và ung thư đại tràng sigma tiến triển (T3/T4a). Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật triệt căn đồng thời: cắt gần toàn bộ dạ dày D2 và cắt đoạn đại tràng sigma nạo vét hạch triệt căn.

Kết luận: Ung thư đồng phát đường tiêu hóa đòi hỏi sự cảnh giác lâm sàng cao. Chỉ định nội soi toàn bộ đường tiêu hóa và chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là bắt buộc để tránh bỏ sót tổn thương. Phẫu thuật triệt căn đồng thời hoặc phối hợp can thiệp nội soi với phẫu thuật là giải pháp điều trị hiệu quả, an toàn khi được cá thể hóa theo thể trạng và giai đoạn bệnh của từng bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư nguyên phát nhiều vị trí, ung thư dạ dày, ung thư đại trực tràng, ung thư đồng phát, phẫu thuật triệt căn, điều trị cá thể hóa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nguyên phát nhiều vị trí (multiple primary neoplasm - MPN) là tình trạng xuất hiện từ hai tổn thương ác tính trở lên trên cùng một bệnh nhân, trong đó các tổn thương có nguồn gốc độc lập và không phải là di căn của nhau, được định nghĩa lần đầu tiên bởi Billroth năm 1889 [1]. Đây là một thực thể bệnh lý hiếm gặp, gây nhiều khó khăn trong chẩn đoán và điều trị do biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu.

Trong thực hành lâm sàng, người bệnh thường nhập viện với triệu chứng nổi bật của một cơ quan tổn thương chính, khiến thầy thuốc dễ tập trung vào chẩn đoán đơn lẻ. Trong khi đó, ung thư nguyên phát đồng phát tại cơ quan khác có thể không có triệu chứng rõ ràng, tiến triển âm thầm và dễ bị bỏ sót. Theo y văn, tỉ lệ ung thư nguyên phát đồng phát dao động từ 0,7–11,7% trong tổng số các loại ung thư; trong đó, các ung thư đường tiêu hóa chiếm tỉ lệ đáng kể, thường gặp nhất là sự phối hợp giữa ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng [2],[3].

Tại Bệnh viện 19-8, việc nhận diện sớm ung thư nguyên phát nhiều vị trí có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Năm 2025, chúng tôi đã tiếp nhận và điều trị thành công 02 trường hợp ung thư nguyên phát đồng phát hiếm gặp ở dạ dày và đại tràng. Do vậy, chúng tôi báo cáo 02 trường hợp lâm sàng này cùng tổng quan y văn nhằm nâng cao cảnh giác lâm sàng, hạn chế tối đa nguy cơ bỏ sót tổn thương trong thực hành y khoa.

2. CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nam, 77 tuổi, nhập viện vì đau bụng thượng vị kéo dài. Cách nhập viện 03 ngày, bệnh nhân xuất hiện đau âm ỉ vùng thượng vị, có lúc quặn thành cơn, kèm buồn nôn và rối loạn tiêu hóa (đi ngoài phân lỏng sệt xen lẫn táo bón đoạn đầu bãi). Bệnh nhân ghi nhận sụt 3 kg trong 1 tháng. Tiền sử bản thân: Đái tháo đường typ 2 đang điều trị bằng Insulin M (8 UI x 2 lần/ngày, sáng - chiều), tăng huyết áp. Tiền sử gia đình: Chưa ghi nhận bệnh lý ung thư đường tiêu hóa hay bệnh di truyền.

2.1.1. Khám lâm sàng: Thể trạng trung bình (BMI = 25,8 kg/m^2), niêm mạc mắt hồng nhạt. Bụng mềm, không chướng, ấn đau nhẹ vùng thượng vị, không có phản ứng thành bụng. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- Chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) ổ bụng có thuốc cản quang: Hình ảnh dày thành đại tràng phải kèm vài hạch mạc treo lân cận; dày thành vùng hang môn vị dạ dày; chưa thấy tổn thương di căn gan hay phúc mạc.

- Nội soi đại tràng: Đại tràng góc gan có 02 polyp không cuống. Bệnh nhân được tiến hành cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR) và kẹp 03 clip cầm máu. Kết quả giải phẫu bệnh polyp: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa có thành phần tiết nhầy, xâm nhập lớp hạ niêm mạc (T1), tổn thương cách diện cắt đáy 1 mm. Nồng độ CEA trong giới hạn bình thường.

- Nội soi dạ dày: Vùng hang vị phía bờ cong nhỏ có ổ loét lớn kích thước 30 x 35 mm, bờ phù nề, nhiễm cứng. Kết quả sinh thiết: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa có thành phần tế bào nhẫn.

- Xét nghiệm máu: Hồng cầu: 3,66 T/L, Huyết sắc tố: 114 g/L, Dung tích hồng cầu (Hct): 34%.

*Tác giả liên hệ
Email: drluanbv198@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 989589426 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6410

2.1.3. Đánh giá tiền phẫu: Phân loại thể trạng ASA II. Bệnh nhân được bồi phụ dinh dưỡng, kiểm soát đường huyết, huyết áp, tư vấn tâm lý và lên kế hoạch phẫu thuật chương trình. Chẩn đoán trước mổ: Ung thư dạ dày (T4aNxMx) - Ung thư đại tràng góc gan giai đoạn sớm (T1NxMx) đã cắt EMR.

2.1.4. Xử trí trong mổ: Trước mổ, bệnh nhân được hội chẩn tiêu bản giải phẫu bệnh với Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Trong mổ dưới gây mê nội khí quản, phẫu thuật viên đánh giá: Khối u dạ dày vùng hang vị xâm lấn đến lớp thanh mạc, xung quanh có vài hạch kích thước 0,5–1,0 cm; kiểm tra đại tràng góc gan sờ không thấy khối u rõ rệt, ghi nhận clip đã kẹp tại vị trí cắt polyp; mạc treo đại tràng ngang có vài hạch nhỏ ~0,5 cm; không có dịch tự do hay nốt di căn phúc mạc/gan. Phẫu thuật viên tiến hành nội soi đại tràng ngay trong mổ, ghi nhận vùng tổn thương đại tràng góc gan tiến triển tốt, diện cắt ổn định, không chảy máu. Sau khi hội chẩn trong mổ, ê-kíp quyết định bảo tồn đại tràng, thực hiện phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày + nạo vét hạch D2, đồng thời lấy hạch mạc treo đại tràng để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2.1.5. Diễn tiến sau mổ: Hậu phẫu diễn biến thuận lợi, bệnh nhân phục hồi tốt và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 10. Kết quả mô bệnh học sau mổ: Dạ dày: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, xâm lấn phá vỡ thanh mạc (T4a), có xâm nhập mạch máu - bạch huyết, di căn 07/11 hạch nạo vét.

2.2. Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nam, 48 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, nhập viện vì đau bụng kéo dài. Cách nhập viện 01 tháng, bệnh nhân xuất hiện đau âm ỉ vùng hạ vị và hố chậu trái, đôi khi quặn thành cơn, kèm cảm giác đầy chướng thượng vị sau ăn. Rối loạn thói quen đại tiện: phân dẹt, có nhầy máu đỏ thẫm, xen kẽ các đợt táo bón kéo dài 3–4 ngày. Bệnh nhân sụt 5 kg trong 2 tháng, thể trạng mệt mỏi, da xanh xao. Tiền sử gia đình: Có bác ruột mắc ung thư đại trực tràng.

2.2.1. Khám lâm sàng: Tỉnh táo, thể trạng gầy (BMI = 19,4 kg/m^2), niêm mạc mắt nhợt nhiều. Bụng mềm, ấn đau vùng hố chậu trái và thượng vị, sờ thấy khối chắc di động kém vùng hố chậu trái/hạ vị. Xét nghiệm máu: Hồng cầu: 3,12 T/L, Huyết sắc tố: 92 g/L, Hct: 29%, CEA tăng nhẹ (7,8 ng/mL).

2.2.2. Cận lâm sàng

- CT-scan ổ bụng có thuốc cản quang: Hình ảnh dày thành đại tràng sigma đoạn dài ~5 cm gây hẹp lòng ruột, kèm vài hạch mạc treo lân cận kích thước 10–12 mm; đồng thời ghi nhận dày thành lan tỏa vùng hang vị dạ dày, thâm nhiễm mỡ nhẹ xung quanh, chưa phát hiện di căn xa ở gan hay phổi.

- Nội soi dạ dày: Vùng hang vị có ổ loét bờ nham nhở, dễ chảy máu khi chạm. Sinh thiết: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa.

- Nội soi đại tràng: Cách rìa hậu môn 25 cm (đoạn đại tràng sigma) có khối u sùi chiếm hết chu vi lòng ruột, máy soi qua khó khăn. Sinh thiết: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa thấp.

2.2.3. Đánh giá và xử trí: Bệnh nhân đạt ASA II, được hội chẩn đa chuyên khoa (MDT). Sau khi truyền hồng cầu lắng bồi hoàn máu, nâng cao thể trạng bằng dinh dưỡng tĩnh mạch và tư vấn tâm lý, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật chương trình. Chẩn đoán trước mổ: Ung thư đại tràng sigma tiến triển (T3-T4aNxMx) - Ung thư dạ dày tiến triển (T3-T4aNxMx).

Trong mổ: Khối u đại tràng sigma kích thước 3 x 4 cm xâm lấn qua lớp cơ đến thanh mạc/lớp mỡ quanh đại tràng, mạc treo có nhiều hạch ~1 cm. Khối u dạ dày vùng hang vị nhiễm cứng, xâm lấn mặt sau. Không có dịch tự do hay nốt di căn phúc mạc. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật triệt căn đồng thời (phẫu thuật kép): Cắt gần toàn bộ dạ dày + nạo vét hạch D2 kết hợp cắt đoạn đại tràng sigma + nạo vét hạch mạc treo triệt căn, tái lập lưu thông tiêu hóa.

2.2.4. Diễn tiến sau mổ: Hậu phẫu thuận lợi, có trung tiện vào ngày thứ 3, ăn nhẹ vào ngày thứ 4 và xuất viện ổn định vào ngày hậu phẫu thứ 10.

2.2.5. Kết quả mô bệnh học sau mổ

- Dạ dày: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, xâm lấn thanh mạc (T3/T4a), di căn 05/14 hạch.

- Đại tràng: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa thấp, xâm nhập lớp mỡ quanh đại tràng (T3), di căn 03/12 hạch mạc treo.

3. BÀN LUẬN

Năm 1889, Billroth lần đầu tiên nêu lên thuật ngữ "ung thư nguyên phát nhiều vị trí" ("multiple primary neoplasm") để chỉ sự phát triển của hơn một tổn thương ung thư trên cùng một bệnh nhân [1]. Tuy nhiên, thực thể này chỉ bắt đầu nhận được sự quan tâm đúng mức sau báo cáo 1.259 trường hợp của Warren và Gates vào năm 1932 [4]. Ung thư nguyên phát nhiều cơ quan được phân thành hai nhóm dựa trên khoảng thời gian xuất hiện tổn thương: Ung thư đồng phát (synchronous): Khi tổn thương thứ hai được phát hiện trong vòng 6 tháng kể từ khi chẩn đoán tổn thương thứ nhất; Ung thư dị phát (metachronous): Khi tổn thương thứ hai xuất hiện sau 6 tháng [5],[6]. Theo tiêu chuẩn Warren và Gates (1932), chẩn đoán MPN cần thỏa mãn 3 điều kiện: (1) Mỗi khối u phải được xác định rõ bản chất ác tính trên mô bệnh học; (2) Các khối u nằm ở các vị trí giải phẫu riêng biệt, phân cách bởi niêm mạc lành ít nhất ≥ 2 cm (nếu ở cùng vị trí thì thời gian xuất hiện phải cách nhau ≥ 5 năm); (3) Loại trừ hoàn toàn khả năng di căn từ khối u này sang khối u kia [6].

Tỉ lệ ung thư đồng phát đường tiêu hóa dao động từ 0,7–3,5% tùy thuộc vào quần thể, phương pháp nghiên cứu và thời gian khảo sát [7]. Nhờ sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hiện đại như CT-scan đa dãy, PET/CT, cùng việc triển khai nội soi tầm soát rộng rãi và tuổi thọ trung bình gia tăng, tỉ lệ phát hiện MPN ngày càng có xu hướng tăng cao [7]. Tại Hàn Quốc, quy trình nội soi dạ dày thường quy ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng đã giúp nâng cao đáng kể tỉ lệ chẩn đoán ung thư đồng phát [7].

Trong các ung thư phối hợp, ung thư đại trực tràng là ung thư đồng phát thường gặp nhất ở bệnh nhân ung thư dạ dày và ngược lại [4]. Ung thư dạ dày cũng là tổn thương ngoài đại tràng phổ biến trong hội chứng ung thư đại trực tràng di truyền không do polyp (HNPCC/Lynch syndrome) [4]. Báo cáo từ Trung tâm Ung thư Quốc gia Hàn Quốc (2000–2004) ghi nhận trong 3.291 ca ung thư dạ dày có 111 ca (3,4%) mắc ung thư nguyên phát thứ hai, trong đó đại trực tràng chiếm vị trí hàng đầu (37,2%), tiếp theo là ung thư phổi (18,6%) [7]. Tương tự, nghiên cứu của Ławniczak và cộng sự trên 862 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Ba Lan ghi nhận 6,7% ca có ung thư phối hợp, trong đó ung thư đại trực tràng chiếm đa số [8]. Nghiên cứu của Aoyama T và cộng sự (2022) trên 244 bệnh nhân ung thư dạ dày cũng ghi nhận 58 trường hợp mắc đồng thời ung thư đại tràng nguyên phát [9]. Năm 2023, Campuzano và cộng sự báo cáo phẫu thuật thành công một ca ung thư dạ dày giai đoạn I đồng phát với ung thư đại tràng giai đoạn IV [10].

Cả hai bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi đều thỏa mãn đầy đủ tiêu chuẩn MPN của Warren và Gates: hai khối u xuất phát từ hai cơ quan riêng biệt, có đặc điểm mô bệnh học ác tính độc lập và không phải di căn của nhau. Về mặt lâm sàng, cả hai bệnh nhân đều nhập viện với triệu chứng không đặc hiệu (đau bụng, rối loạn tiêu hóa, sụt

cân), rất dễ dẫn đến chẩn đoán sót nếu chỉ tập trung vào cơ quan có triệu chứng rầm rộ nhất. Việc chỉ định chụp CT-scan ổ bụng có thuốc cản quang kết hợp nội soi toàn bộ đường tiêu hóa (dạ dày và đại tràng) đóng vai trò quyết định giúp phát hiện song hành cả hai tổn thương ác tính.

Phân tích chiến lược điều trị Ca bệnh 1: Khối u đại tràng phải của bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm (T1), khu trú tại lớp hạ niêm mạc và đã được can thiệp cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR). Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy u cách diện cắt đáy 1 mm, không có yếu tố nguy cơ cao và chỉ số CEA bình thường. Trong mổ, việc kết hợp nội soi đại tràng đánh giá tại chỗ cho thấy tổn thương ổn định, không chảy máu. Do đó, quyết định bảo tồn đại tràng và theo dõi định kỳ sau mổ là hoàn toàn phù hợp với các khuyến cáo hiện hành, giúp giảm thiểu sang chấn phẫu thuật cho một bệnh nhân cao tuổi (77 tuổi) có nhiều bệnh lý nền (đái tháo đường, tăng huyết áp). Đồng thời, phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch D2 đã giải quyết triệt căn khối u dạ dày giai đoạn tiến triển (T4aN+). Sự phối hợp giữa can thiệp nội soi tối thiểu và phẫu thuật triệt căn, cùng quá trình chuẩn bị tiền phẫu kỹ dưỡng (ASA II), đã giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng và xuất viện an toàn vào ngày thứ 10.

Phân tích chiến lược điều trị Ca bệnh 2: Khác với ca thứ nhất, bệnh nhân thứ hai mắc đồng thời cả hai khối u ở giai đoạn tiến triển (ung thư đại tràng sigma T3N+ biệt hóa thấp và ung thư dạ dày T3/T4aN+). Do bệnh nhân còn trẻ tuổi (48 tuổi) và thể trạng cho phép (ASA II), ê-kíp đã thống nhất qua hội chẩn đa chuyên khoa (MDT) thực hiện phẫu thuật triệt căn đồng thời (phẫu thuật kép): Cắt gần toàn bộ dạ dày D2 và cắt đoạn đại tràng sigma nạo vét hạch triệt căn trong cùng một cuộc mổ. Chiến lược này giúp giải quyết dứt điểm hai khối u ác tính, tránh cho người bệnh phải chịu hai lần phẫu thuật và gây mê hồi sức. Nhờ quy trình tối ưu hóa thể trạng trước mổ (truyền hồng cầu lắng, nuôi dưỡng tĩnh mạch) và kỹ thuật phẫu thuật chuẩn xác, bệnh nhân phục hồi thuận lợi và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 10 không ghi nhận biến chứng ngoại khoa. Trường hợp này cũng lưu ý xu hướng trẻ hóa của ung thư đường tiêu hóa và nhấn mạnh vai trò của tầm soát di truyền (như hội chứng Lynch) cho gia đình bệnh nhân.

4. KẾT LUẬN

1. Nâng cao cảnh giác lâm sàng: Ung thư nguyên phát nhiều vị trí đồng phát tại đường tiêu hóa có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và rất dễ bị bỏ sót. Chỉ định nội soi toàn bộ đường tiêu hóa (cả dạ dày và đại trực tràng) kết hợp chụp CT-scan ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là bắt buộc ở các bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa nghi ngờ hoặc sụt cân không rõ nguyên nhân, bất kể tuổi tác.

2. Cá thể hóa chiến lược điều trị: Lựa chọn phương pháp can thiệp cần căn cứ vào giai đoạn bệnh cụ thể của từng khối u và thể trạng bệnh nhân. Đối với tổn thương giai đoạn sớm (T1), ưu tiên can thiệp tối thiểu qua nội soi (EMR/ESD) để bảo tồn cơ quan. Đối với tổn thương tiến triển, phẫu thuật triệt căn nạo vét hạch là bắt buộc; trong đó, phẫu thuật kép đồng thời là giải pháp an toàn, hiệu quả giúp điều trị triệt để trong một lần phẫu thuật nếu thể trạng bệnh nhân đáp ứng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Billroth T. Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 51 Vorlesungen. Reimer, Berlin, 1889.

[2] Gül Bora, Bilgehan Çağdaş (2016). "Synchronous gastric and colon carcinomas: A case report and review of literature". Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 69(2), pp. 129-131.

[3] Nedim Akgül, Volkan Doğru (2016). "A Rare Case: Synchronous Gastric and Colon Cancer". Turk J Colorectal Dis, 26, pp. 130-132.

[4] Bratislav Trifunović, Branimir Nešković (2015). "Synchronous gastric and colonic cancer – A case report". Vojnosanit Pregl, 72(7), pp. 642-645.

[5] Puneet Kumar Bagri, Daleep Singh (2014). "Double primary malignancies: A clinical & pathological analysis report from a regional cancer institute in India". Iranian Journal of Cancer Prevention, 7(2), pp. 66-72.

[6] Warren S, Gates O (1932). "Multiple primary malignant tumors. A survey of the literature and a statistical study". Am J Cancer, 16, pp. 1358-1414.

[7] Jun Ho Lee, Ja Seong Bae (2006). "Gastric cancer patients at high-risk of having synchronous cancer". World J Gastroenterol, 12(16), pp. 2588-2592.

[8] Małgorzata Ławniczak (2014). "Synchronous and metachronous neoplasms in gastric cancer patients: A 23-year study". World J Gastroenterol, 20(23), pp. 7480-7487.

[9] Aoyama T, Ju M, Komori K, et al. (2022). "The Clinical Impact of Synchronous and Metachronous Other Primary Cancer in Gastric Cancer Patients Who Receive Curative Treatment". In Vivo, 36(5), pp. 2514-2520.

[10] Campuzano N, Trokhimtchouk TF, Flores LF, et al. (2023). "Synchronous gastric and colon cancer". Cureus, 15(11), e48912.