A CASE REPORT OF GASTRIC PLEXIFORM FIBROMYXOMA

Le Thi Linh*, Tran Nhu Tung

Tam Anh General Hospital Ho Chi Minh City - 2B Pho Quang Street, Tan Son Hoa Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 01/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Background: Plexiform fibromyxoma is a rare mesenchymal tumor of the stomach that was first included in the World Health Organization classification of digestive system tumors in 2010. The tumor commonly occurs in the gastric antrum and pylorus and is frequently misdiagnosed as gastrointestinal stromal tumor (GIST) because of its nonspecific clinical, endoscopic, and radiologic features.

Case presentation: A 66-year-old woman was admitted to the hospital with upper gastrointestinal bleeding and persistent dull abdominal pain. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a polypoid lesion causing pyloric stenosis. The patient underwent distal gastrectomy. Histopathological examination demonstrated a tumor composed of spindle to oval cells proliferating in a myxoid stroma with a plexiform growth pattern, prominent capillary vascular, and involving the muscularis propria. Immunohistochemical staining showed that the tumor cells were positive for SMA and negative for CD117, DOG1, CD34, S100, and Desmin. The morphologic and immunophenotypic findings were consistent with plexiform fibromyxoma of the stomach. This is a rare pathological entity with clinical and radiologic features that may mimic other gastric mesenchymal tumors, particularly GIST.

Conclusion: Through this case, we emphasize the important role of histopathology and immunohistochemistry in the definitive diagnosis, differential diagnosis, and appropriate management of gastric mesenchymal tumors.

Keywords: Plexiform fibromyxoma, gastrointestinal stromal tumor, mesenchymal tumor.

*Corresponding author
Email: lelinh0204hmu@gmail.com **Phone**: (+84) 348570799 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6136

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG U NHẦY XƠ DẠNG ĐÁM RỐI Ở DẠ DÀY

Lê Thị Linh*, Trần Như Tùng

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hồ Chí Minh - 2B Phổ Quang, P. Tân Sơn Hòa, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Bối cảnh: U nhầy xơ dạng đám rối (Plexiform fibromyxoma) là một u trung mô hiếm gặp của dạ dày, được Tổ chức Y tế Thế giới đưa vào phân loại u hệ tiêu hóa từ năm 2010. U thường xuất hiện ở hang vị – môn vị và dễ bị chẩn đoán nhầm với u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) do biểu hiện lâm sàng, nội soi và hình ảnh học không đặc hiệu.

Ca lâm sàng: Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 66 tuổi nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa trên và đau bụng âm ỉ. Nội soi dạ dày ghi nhận tổn thương dạng sùi gây hẹp lòng môn vị. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày. Mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy khối u gồm các tế bào hình thoi đến bầu dục tăng sinh trên nền mô đệm nhầy, sắp xếp dạng đám rối, giàu mao mạch và phát triển xen kẽ lớp cơ. Kết quả hóa mô miễn dịch ghi nhận tế bào u dương tính với SMA và âm tính với CD117, DOG1, CD34, S100 và Desmin. Kết hợp đặc điểm hình thái học và hóa mô miễn dịch phù hợp với chẩn đoán u nhầy xơ dạng đám rối ở dạ dày. Đây là một thực thể bệnh lý hiếm gặp với đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học dễ nhầm lẫn với các u trung mô khác, đặc biệt là GIST.

Kết luận: Qua trường hợp này, chúng tôi nhấn mạnh vai trò quan trọng của mô bệnh học và hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt cũng như định hướng điều trị phù hợp đối với các khối u trung mô của dạ dày.

Từ khóa: U nhầy xơ dạng đám rối, u mô đệm đường tiêu hóa, u trung mô.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhầy xơ dạng đám rối (Plexiform fibromyxoma – PF) là một loại u trung mô hiếm gặp của dạ dày, được Takahashi và cộng sự mô tả lần đầu tiên vào năm 2007 [1]. Đến năm 2010, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) chính thức đưa thực thể này vào bảng phân loại các khối u hệ tiêu hóa như một loại u trung mô lành tính riêng biệt của dạ dày. Theo phân loại WHO năm 2019, PF được xếp vào nhóm u trung mô biệt hóa nguyên bào sợi cơ với đặc điểm mô học và kiểu hình miễn dịch đặc trưng [2].

PF là một bệnh lý rất hiếm gặp, số lượng trường hợp được báo cáo trên thế giới còn hạn chế. Các nghiên cứu tổng quan cho thấy u có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, dao động từ trẻ em đến người cao tuổi, tuy nhiên thường gặp ở người trưởng thành trung niên [3]. Không có sự khác biệt rõ rệt về giới tính.

PF chủ yếu gặp ở hang vị và môn vị dạ dày, với biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu như đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu hoặc hẹp môn vị [3]. Hình ảnh nội soi và chẩn đoán hình ảnh thường gợi ý GIST nên dễ dẫn đến chẩn đoán nhầm trước mổ [4].

Về mô bệnh học, PF có đặc trưng bởi cấu trúc phát triển dạng đám rối với các tế bào hình thoi lành tính nằm trong nền mô đệm nhầy giàu mao mạch. Hóa mô miễn dịch thường dương tính với SMA và âm tính với CD117, DOG1, CD34, S100 [5].

Hiện nay, PF được xem là một tổn thương lành tính với tiên lượng thuận lợi. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u là phương pháp điều trị chủ yếu [4]. Cho đến nay chưa ghi nhận trường hợp di căn xa hoặc tử vong liên quan trực tiếp đến PF trong y văn. Tuy nhiên, do bệnh hiếm gặp nên hiểu biết về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và sinh học phân tử của loại u này vẫn còn hạn chế.

Tại Việt Nam, số lượng báo cáo về PF còn rất ít, đặc biệt là các trường hợp có mô tả đầy đủ về đặc điểm giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch. Vì vậy, chúng tôi báo cáo một trường hợp u nhầy xơ dạng đám rối dạ dày nhằm góp phần cung cấp thêm dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và chẩn đoán phân biệt của thực thể bệnh lý hiếm gặp này.

2. CA LÂM SÀNG

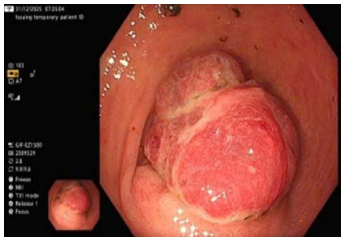
Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa kèm đau bụng âm ỉ vùng thượng vị kéo dài. Khám lâm sàng không ghi nhận khối bất thường vùng bụng hoặc dấu hiệu viêm phúc mạc. Xét nghiệm cho thấy thiếu máu mức độ vừa do xuất huyết tiêu hóa, các xét nghiệm sinh hóa khác trong giới hạn bình thường. Nội soi dạ dày ghi nhận tại vùng môn vị có tổn thương dạng khối sùi nhô cao, bề mặt sung huyết, gây hẹp lòng môn vị khiến ống soi khó đi qua; dạ dày còn ứ đọng một ít thức ăn và dịch, gợi ý tình trạng bán tắc môn vị. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ghi nhận xuất phát từ thành môn vị có khối tổn thương choán chỗ đậm độ mô mềm, lồi vào trong lòng ruột, gây hẹp lòng môn vị; khối tổn thương bờ không đều, giới hạn rõ, kích thước 34x35x35mm, bắt thuốc tương

phản mạnh không đồng nhất, không thấy thâm nhiễm mỡ xung quanh, không thấy hạch phì đại kế cận. Sinh thiết nhiều mảnh tại tổn thương, kết quả giải phẫu bệnh chỉ ghi nhận mô hạt viêm môn vị (granulation tissue), chưa đủ cơ sở xác định bản chất tổn thương. Bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định tình trạng xuất huyết tiêu hóa.

Bệnh nhân có tổn thương rõ trên nội soi và chụp cắt lớp kèm lâm sàng có triệu chứng bán tắc do hẹp môn vị tuy nhiên kết quả sinh thiết trước mổ không xác định được

*Tác giả liên hệ
Email: lelinh0204hmu@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 348570799 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6136

bản chất tổn thương, hội chẩn thống nhất chỉ định phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày nhằm điều trị đồng thời xác định chẩn đoán.

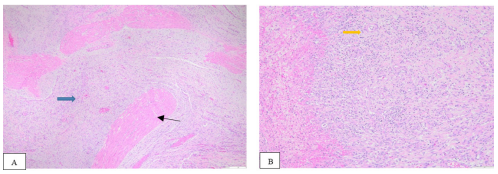


Tổn thương nhô cao dạng sùi ở vùng môn vị, bề mặt sung huyết

Hình 1. Hình ảnh nội soi dạ dày

Sau phẫu thuật, đại thể ghi nhận vùng môn vị ghi nhận khối u kích thước lớn nhất 3,5cm, dạng chồi chân rộng, mặt cắt màu nâu hồng, hơi dai.

Vi thể cho thấy khối u gồm nhiều nốt tăng sinh dạng đám rối, ranh giới không rõ với lớp niêm mạc và lớp cơ dạ dày. Tế bào u hình thoi đến bầu dục, chất nhiễm sắc mịn, bào tương ưa toan nhẹ trên nền mô đệm nhầy nổi bật, giàu mạch máu dạng mao mạch. Nhân chia hiếm gặp, không thấy bất thường nhân rõ. Các tế bào u phát triển dạng nốt đan xen vào lớp cơ trơn thành dạ dày.

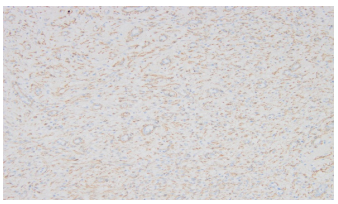


A. Khối u gồm nhiều nốt tăng sinh dạng đám rối (mũi tên xanh) phát triển xen kẽ trong lớp cơ dạ dày (mũi tên đen) (nhuộm H&E, 100x);

B. Mô u giàu mạch máu dạng mao mạch (mũi tên vàng, nhuộm H&E, 200x)

Hình 2. Hình ảnh vi thể

Nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy tế bào u dương tính với SMA; âm tính với CD117, DOG1, CD34, S100 và Desmin.



Các tế bào u dương tính (bắt màu vàng nâu) với SMA (HMMD,200x)

Hình 3. Hình ảnh hóa mô miễn dịch

Kết hợp đặc điểm hình thái học và hóa mô miễn dịch, chẩn đoán xác định là u nhầy xơ dạng đám rối.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân hồi phục thuận lợi, không ghi nhận biến chứng sau mổ và được xuất viện trong tình trạng ổn định. Bệnh nhân được theo dõi định kỳ tại thời điểm 01 tháng, 03 tháng và 06 tháng sau phẫu thuật. Tại lần tái khám sau 06 tháng, bệnh nhân toàn trạng ổn, nội soi ghi nhận miệng nối không hẹp, hai quai nối thông tốt, không ghi nhận dấu hiệu tái phát tại chỗ hoặc tổn thương mới.

4. THẢO LUẬN

U nhầy xơ dạng đám rối là một loại u trung mô hiếm gặp của dạ dày, được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận như một thực thể riêng biệt trong phân loại u hệ tiêu hóa. Tính đến nay, số lượng trường hợp được báo cáo trên thế giới vẫn còn hạn chế, do đó hiểu biết về đặc điểm sinh học và diễn tiến tự nhiên của khối u này vẫn chưa đầy đủ. Mặc dù cơ chế bệnh sinh của PF vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn, một số nghiên cứu gần đây đã ghi nhận các bất thường di truyền liên quan đến con đường tín hiệu Hedgehog, đặc biệt là sự hợp nhất gen MALAT1–GLI1 hoặc tăng biểu hiện GLI1 ở một số trường hợp. Những biến đổi này được cho là có vai trò thúc đẩy tăng sinh nguyên bào sợi cơ và hình thành nền mô đệm nhầy đặc trưng của PF. Tuy nhiên, các bất thường này chỉ được ghi nhận ở một tỷ lệ nhỏ trường hợp và chưa được áp dụng thường quy trong thực hành chẩn đoán.

Theo các nghiên cứu tổng quan, PF thường gặp nhất ở vùng hang vị – môn vị, chiếm khoảng 70–80% số trường hợp [3]. Triệu chứng lâm sàng của PF thường không đặc hiệu và phụ thuộc vào kích thước cũng như vị trí của khối u. Các biểu hiện thường gặp bao gồm đau vùng thượng vị, đầy bụng, buồn nôn, nôn, xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu và sụt cân. Một số trường hợp được phát hiện tình cờ qua nội soi tiêu hóa hoặc các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khi khảo sát vì những lý do khác. Khi khối u phát triển ở vùng hang vị – môn vị với kích thước lớn, người bệnh có thể xuất hiện hội chứng hẹp môn vị với biểu hiện nôn sau ăn, chán ăn và ứ đọng thức ăn trong dạ dày [6]. Do biểu hiện lâm sàng, nội soi và hình ảnh học không đặc hiệu, PF thường bị chẩn đoán nhầm với các u dưới niêm khác của dạ dày, đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa (GIST), u cơ trơn hoặc u vỏ bao thần kinh. Trong trường hợp của chúng tôi, khối u xuất hiện tại vùng môn vị và gây hẹp lòng môn vị, phù hợp với vị trí thường gặp đã được mô tả trong y văn. Bệnh nhân nhập viện vì đau bụng âm ỉ, xuất huyết tiêu hóa trên kèm thiếu máu. Nội soi dạ dày ghi nhận tổn thương dạng sùi vùng môn vị gây hẹp lòng môn vị và ứ đọng thức ăn trong dạ dày, tương ứng với biểu hiện bán tắc môn vị do khối u. Đặc điểm lâm sàng này phù hợp với các báo cáo trước đây về PF vùng hang vị – môn vị và cũng cho thấy sự khó khăn trong chẩn đoán trước mổ do các biểu hiện lâm sàng và nội soi không đặc hiệu.

Về nội soi, PF thường biểu hiện dưới dạng khối dưới niêm mạc có loét hoặc sung huyết bề mặt. Hình ảnh này rất khó phân biệt với GIST. Trong trường hợp hiện tại, chẩn đoán lâm sàng ban đầu cũng hướng đến u tế bào hình thoi môn vị [7]. Trên chụp cắt lớp vi tính, PF thường biểu hiện dưới dạng khối u thành dạ dày giới hạn rõ, mật độ thấp hoặc đồng nhất do nền mô đệm giàu chất nhầy, có thể tăng quang nhẹ sau tiêm thuốc cản quang. Tuy nhiên, các đặc điểm này không đặc hiệu và thường chồng lấp với GIST hoặc các khối u trung mô khác. Siêu âm nội soi (EUS) thường ghi nhận tổn thương xuất phát từ lớp cơ hoặc dưới niêm với cấu trúc giảm âm không đồng nhất. Mặc dù EUS kết hợp sinh thiết kim nhỏ có thể hỗ trợ chẩn đoán trước mổ, tỷ lệ chẩn đoán chính xác vẫn còn hạn chế do mẫu mô nhỏ không phản ánh đầy đủ cấu trúc phát triển dạng đám rối đặc trưng của PF.

Đặc điểm mô bệnh học của PF tương đối điển hình với cấu trúc phát triển đa nốt dạng đám rối, các nốt u đan xen và xâm nhập trong thành dạ dày [7,8]. Tế bào u chủ yếu là các tế bào hình thoi hoặc hình bầu dục, nhân tương đối đồng đều, chất nhiễm sắc mịn, ít dị dạng và hiếm gặp hình ảnh phân bào. Các tế bào này nằm trong nền mô đệm nhầy nổi bật, giàu chất nhầy niêm và hệ thống mao mạch phong phú, tạo nên hình ảnh vi thể đặc trưng của PF. Bề mặt tổn thương có thể ghi nhận hiện tượng phù mô đệm và tăng sinh mạch máu, dễ gây nhầm lẫn với các tổn thương xơ viêm tăng sinh dạng mô hạt trong viêm loét, dẫn đến bỏ sót chẩn đoán từ bước đầu đặc biệt với các mảnh sinh thiết nhỏ. Theo các trường hợp được báo cáo hiện nay, chẩn đoán trên mẫu sinh thiết nhỏ gây ra nhiều thách thức, phần lớn được chẩn đoán trên bệnh phẩm phẫu thuật hoặc cắt tổn thương qua nội soi do mẫu sinh thiết trước mổ thường không đủ để nhận diện đầy đủ đặc

điểm mô học dạng đám rối (plexiform) và nền xơ nhầy đặc trưng. Tương tự với các trường hợp đã được báo cáo, ca bệnh của chúng tôi trên mảnh sinh thiết tổn thương chỉ quan sát thấy tăng sinh các mao mạch xen kẽ tế bào hình thoi mật độ thấp trên nền tổ chức viêm loét, thiếu hình ảnh nền xơ nhầy và cấu trúc phát triển dạng đám rối dẫn đến khó nhận diện chẩn đoán khi tiếp cận ban đầu. Trên bệnh phẩm phẫu thuật, hình ảnh toàn bộ khối u được quan sát, gồm các tế bào hình thoi đến bầu dục tăng sinh trên nền mô đệm nhầy, sắp xếp dạng đám rối, giàu mao mạch và xâm lấn tạo các ổ xen kẽ trong lớp cơ thành dạ dày. Tuy nhiên, không ghi nhận hoại tử u, không thấy dị dạng nhân rõ và hoạt động phân bào rất thấp. Hình ảnh vi thể này phù hợp hoàn toàn với các mô tả kinh điển của PF trong y văn.

Hóa mô miễn dịch có vai trò đặc biệt quan trọng trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt PF với các u trung mô khác của dạ dày. PF thường biểu hiện dương tính với SMA và vimentin, phản ánh sự biệt hóa theo hướng nguyên bào sợi cơ, trong khi âm tính với CD117, DOG1 và CD34 [7]. Trong ca bệnh của chúng tôi, tế bào u dương tính với SMA và âm tính với CD117, DOG1, CD34, S100 và Desmin, phù hợp với kiểu hình miễn dịch điển hình của PF. Kiểu hình miễn dịch này đặc biệt có giá trị trong việc phân biệt với GIST – loại u trung mô thường gặp nhất của dạ dày. Khác với PF, đa số GIST biểu hiện dương tính mạnh với CD117 và DOG1, đồng thời thường mang đột biến KIT hoặc PDGFRA. Trên thực hành lâm sàng, PF rất dễ bị chẩn đoán nhầm với GIST do vị trí thường gặp ở hang vị – môn vị và biểu hiện dưới niêm mạc tương tự nhau trên nội soi và chẩn đoán hình ảnh. Do đó, việc đánh giá mô bệnh học kết hợp hóa mô miễn dịch là bước quyết định để tránh chẩn đoán sai và hạn chế các điều trị không cần thiết như điều trị đích bằng imatinib [4]. Theo Miettinen và cộng sự, PF là một thực thể mô học riêng biệt với đặc điểm tăng sinh dạng đám rối và tiên lượng lành tính, khác biệt rõ với GIST cả về hình thái học và kiểu hình miễn dịch [5]. Việc nhận diện chính xác thực thể này có ý nghĩa quan trọng nhằm tránh chẩn đoán nhầm và hạn chế các can thiệp điều trị không cần thiết.

Ngoài GIST, PF còn cần được chẩn đoán phân biệt với nhiều u trung mô khác của dạ dày như U cơ trơn, u vỏ bao thần kinh, u nguyên bào xơ cơ viêm và bệnh sợi [9]. U vỏ bao thần kinh thường có cấu trúc tế bào hình thoi kèm thâm nhiễm lympho và dương tính mạnh với S100. Trong trường hợp của chúng tôi, sự âm tính của S100 giúp loại trừ u vỏ bao thần kinh. U cơ trơn thường dương tính với Desmin và SMA, tuy nhiên PF thường âm tính với Desmin hoặc chỉ biểu hiện khu trú yếu, giúp định hướng chẩn đoán phân biệt [9].

Hiện nay, cắt bỏ hoàn toàn khối u vẫn là phương pháp điều trị được lựa chọn đối với PF. Tùy thuộc vào kích thước, vị trí và mức độ xâm lấn của tổn thương, có thể áp dụng cắt hình chêm dạ dày, cắt bán phần dạ dày hoặc phẫu thuật nội soi. Đối với các tổn thương nhỏ, khu trú ở lớp dưới niêm và chưa xâm lấn sâu, một số báo cáo gần đây cho thấy các kỹ thuật nội soi can thiệp như cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi có thể được áp dụng an toàn với kết quả điều trị khả quan. Tuy nhiên, do PF là tổn thương hiếm gặp, số lượng trường hợp điều trị bằng nội soi còn hạn chế và cần thêm các nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả lâu dài.

Tiên lượng của PF nhìn chung rất thuận lợi. Cho đến nay, chưa có bằng chứng về khả năng di căn hoặc chuyển dạng ác tính. Tái phát tại chỗ rất hiếm gặp và chủ yếu liên quan đến việc cắt bỏ chưa hoàn toàn khối u. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày, hồi phục tốt sau mổ và chưa ghi nhận tái phát sau 06 tháng theo dõi. Mặc dù nguy cơ tái phát thấp, người bệnh vẫn nên được theo dõi định kỳ bằng nội soi hoặc cắt lớp vi tính ổ bụng để phát hiện sớm các trường hợp hiếm gặp có tái phát tại chỗ.

5. KẾT LUẬN

U nhầy xơ dạng đám rối (plexiform fibromyxoma) là một u trung mô hiếm gặp của dạ dày, dễ bị chẩn đoán nhầm với các u trung mô khác do biểu hiện lâm sàng, nội soi và hình ảnh học không đặc hiệu. Trường hợp này minh họa những khó khăn trong chẩn đoán trước mổ và gợi ý rằng mô bệnh học kết hợp với hóa mô miễn dịch, đặc biệt kiểu hình SMA dương tính, CD117 và DOG1 âm tính, có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt với các u trung mô khác của dạ dày. Mặc dù chỉ dựa trên một trường hợp, báo cáo này góp phần bổ sung thêm dữ liệu về u nhầy xơ dạng đám rối trong y văn. Việc tích lũy thêm các báo cáo ca bệnh và nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn sẽ giúp làm sáng tỏ hơn đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, giá trị chẩn đoán và tiên lượng của thực thể hiếm gặp này.

ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân đã được giải thích và đồng ý bằng văn bản cho việc công bố các thông tin lâm sàng và hình ảnh phục vụ mục đích báo cáo khoa học. Mọi thông tin nhận dạng cá nhân đã được loại bỏ nhằm bảo đảm quyền riêng tư và tính bảo mật của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Takahashi Y, Shimizu S, Ishida T, Aita K, Toida S, Fukusato T, et al. Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor of the stomach. Am J Surg Pathol. 2007;31(5):724-728. doi:10.1097/01.pas.0000213448.54643.2f.

[2] WHO Classification of Tumours Editorial Board. Digestive system tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019.

[3] Ma S, Wang J, Lu Z, Shi C, Yang D, Lin J. Plexiform fibromyxoma: a clinicopathological and immunohistochemical analysis of two cases with a literature review. J Int Med Res. 2021;49(8):1-10. doi:10.1177/03000605211027878.

[4] Lin M, Song L, Qin S, Li D, Hou G, Li X. Plexiform fibromyxoma: case report and literature review. Medicine (Baltimore). 2021;100(36):e27164. doi:10.1097/MD.0000000000027164.

[5] Miettinen M, Makhlouf HR, Sobin LH, Lasota J. Plexiform fibromyxoma: a distinctive benign gastric antral neoplasm not to be confused with a myxoid GIST. Am J Surg Pathol. 2009;33(11):1624-1632. doi:10.1097/PAS.0b013e3181ae666a.

[6] Yoshida A, Klimstra DS, Antonescu CR. Plexiform angiomyxoid tumor of the stomach. Am J Surg Pathol. 2008;32(12):1910-1912. doi:10.1097/PAS.0b013e3181838fd1

[7] Banerjee S, de la Torre J, Burgoyne AM, Ponsford Tipps AM, Savides TJ, Sicklick JK. Gastric plexiform fibromyxoma. J Gastrointest Surg. 2019;23(9):1936-1939. doi:10.1007/s11605-019-04132-0.

[8] Hu G, Chen H, Liu Q, Wei J, Feng Y, Fu W, et al. Plexiform fibromyxoma of the stomach: a clinicopathological study of 10 cases. Int J Clin Exp Pathol. 2017;10(11):10926-10933. PMID: 31966436.

[9] Zheng L, Wang J. Gastric plexiform fibromyxoma: a case report and literature review. Front Oncol. 2025;15:1686973. doi:10.3389/fonc.2025.1686973.