

5. **Frates MC, Benson CB, Doubilet PM, et al.** Prevalence and distribution of carcinoma in patients with solitary and multiple thyroid nodules on sonography. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006; 91(9):3411-3417. doi:10.1210/jc.2006-0690.
6. **Mai Thế Vương.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019
7. **Linhares SM, Handelsman R, Picado O, et al.** Fine needle aspiration and the Bethesda system: Correlation with histopathology in 1,228 surgical patients. *Surgery.* 2021;170(5):1364-1368. doi:10.1016/j.surg.2021.05.016
8. **Nguyễn Thị Thanh Yên.** Đối chiếu kết quả siêu âm, tế bào học với mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến giáp tại BV Ung Bướu Hà Nội. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
9. **Nguyễn Đức Thắng.** Nghiên cứu mô học và tình trạng bộc lộ dấu ấn BRAF V600E của các biến thể ung thư biểu mô nhú tuyến giáp. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
10. **Al-Zaher N, Al-Salam S, El Teraifi H.** Thyroid carcinoma in the United Arab Emirates: perspectives and experience of a tertiary care hospital. *Hematol Oncol Stem Cell Ther.* 2008; 1(1): 14-21. doi:10.1016/s1658-3876(08) 50055-0.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ NỘI TIẾT TỔ CỦA BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM DO VI MẤT ĐOẠN AZF TRÊN NHIỄM SẮC THỂ Y

Đông Thế Long¹, Trần Tô Kim Khánh¹, Trần Mạnh Trí¹,
Nguyễn Việt Đức¹, Nguyễn Văn Huy¹, Trần Văn Tuấn¹,
Nguyễn Ngọc Nhất¹, Trịnh Thế Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ và sự rối loạn nội tiết tố ở bệnh nhân vô sinh nam do vi mất đoạn AZF trên nhiễm sắc thể Y (NST Y). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu tại Viện Mô phôi Lâm sàng Quân đội. Bệnh nhân được chẩn đoán bất thường nặng về mật độ tinh trùng (dưới 5 triệu/ml) có chỉ định xét nghiệm xác định đột biến vi mất đoạn vùng AZF trên NST Y. Những bệnh nhân có vi mất đoạn vùng AZF được đánh giá đặc điểm lâm sàng, và đặc điểm nội tiết tố FSH, LH, testosterone, estradiol, prolactin huyết thanh. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 395 bệnh nhân bất thường nặng về mật độ tinh trùng phát hiện 46 bệnh nhân có vi mất đoạn NST Y chiếm 11,65%. Hay gặp nhất là vi mất đoạn vùng AZFc (45,65%). Thể tích tinh hoàn phải và trái trung bình là $7,48 \pm 3,67$ ml và $7,57 \pm 3,53$ ml, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Nồng độ FSH huyết thanh bệnh nhân tăng cao $16,39 \pm 12,97$ mIU/ml. Trong khi đó, nồng độ các hormone khác như prolactin, estradiol, testosterone nằm trong giới hạn bình thường. So sánh giữa nhóm có tinh trùng và vô tinh, nhận thấy nồng độ FSH và LH nhóm vô tinh cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ vi mất đoạn vùng AZF của NST Y trong nhóm nam giới bất thường nặng số lượng tinh trùng là 11,65%, hay gặp nhất là vi mất đoạn vùng AZFc. Ở nhóm bệnh nhân vi mất đoạn AZF, nồng độ FSH và LH bệnh nhân vô tinh tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có tinh trùng.

Từ khóa: Vi mất đoạn NST Y, vi mất đoạn AZF.

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm: Đông Thế Long

Email: 5453010077@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.6.2024

Ngày duyệt bài: 3.7.2024

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY AND HORMONAL DISORDERS CHARACTERISTICS IN INFERTILE MALES DUE TO AZF MICRODELETION ON THE Y CHROMOSOME

Objective: Research on epidemiology and hormonal disorders characteristics in infertile males due to AZF microdeletion on the Y chromosome. **Methods:** Retrospective and prospective descriptive study at the Military Institute of Clinical Embryology and Histology. Patients diagnosed with sperm concentration less than 5 million/ml are prescribed a test to determine the AZF microdeletion mutation on the Y chromosome. Patients with AZF microdeletion are evaluated for clinical characteristics and assessment of reproductive hormonal levels including FSH, LH, testosterone, estradiol and prolactin. **Results:** Research on 395 patients with sperm concentration less than 5 million/ml found that Y chromosome AZF microdeletion was found in 46 patients, accounting for 11.65%. The most common is deletion in the AZFc region (45.65%). The mean right and left testicular volumes were 7.48 ± 3.67 ml and 7.57 ± 3.53 ml, with no statistically significant difference. The patient's serum FSH level elevated to 16.39 ± 12.97 mIU/ml. Meanwhile, the levels of other serum reproductive hormones including prolactin, estradiol and testosterone are within normal ranges. Comparing the severe oligospermic and azospermic groups, it was found that FSH and LH levels in the azospermic group were statistically significantly higher ($p < 0.05$). **Conclusion:** The incidence of microdeletion of the Y chromosome confined to AZF a,b,c and d regions is 11.65% in the group of severely decreased sperm concentration patients, among that, the most common microdeletion is in the AZFc region. In the group of patients with AZF microdeletion, FSH and LH levels in azospermic patients were statistically

significantly higher than in the group with severe oligospermia. **Keywords:** Microdeletion AZF, chromosome Y microdeletion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là tình trạng thất bại thụ thai của một cặp đôi sau ít nhất một năm giao hợp thường xuyên không sử dụng biện pháp tránh thai. Vô sinh đang ảnh hưởng tới 15% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản, trong đó nguyên nhân do nam giới chiếm 50% [1], [2]. Ở nam giới, nhiễm sắc thể Y có vai trò quan trọng trong xác định giới tính nam và kiểm soát quá trình sinh tinh. Vai trò sinh tinh chủ yếu do các gen nằm ở vùng Yq11 thuộc nhánh dài chi phối do vậy khi có đột biến mất vùng Yq11 gây kiểu hình đặc trưng là vô tinh (Azoospermia), do đó người ta gọi đột biến vi mất đoạn vùng Yq11 là vi mất đoạn AZF (Azoospermia Factor) [3].

Dựa trên dữ liệu toàn cầu, ước tính vi mất đoạn AZF xảy ra ở khoảng 1:4000 nam giới trong cộng đồng, nhưng tần suất của nó cao hơn rõ rệt ở nam giới vô sinh [4]. Có sự khác biệt lớn về tỉ lệ vi mất đoạn AZF giữa các nghiên cứu, điều đó phụ thuộc vào vị trí địa lý/chủng tộc. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và nội tiết tố của bệnh nhân vô sinh nam do vi mất đoạn AZF trên NST Y.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 3/2023, tất cả các cặp vợ chồng đang điều trị hỗ trợ sinh sản tại Viện Mô phôi Lâm sàng Quân đội.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Chồng thiếu tinh nặng (dưới 5 triệu/ml) hoặc vô tinh, đồng ý tham gia nghiên cứu, chia làm 2 nhóm. Trong đó nhóm bệnh là chồng có vi mất đoạn AZF và nhóm chứng là không có vi mất đoạn AZF.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Giãn tĩnh mạch tinh, xuất tinh ngược dòng, suy sinh dục thứ phát, bệnh cấp tính hay mạn tính nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Tiến hành: Thu thập các đặc điểm lâm sàng và đặc điểm vô sinh của đối tượng nghiên cứu. Xét nghiệm tinh dịch đồ bằng hệ thống phân tích bán tự động SCA đánh giá mật độ tinh trùng dưới 5 triệu/ml. Khi không thấy tinh trùng tiến hành ly tâm khảo sát cận tinh dịch: bệnh nhân được xác định là vô tinh giả (cryptozoospermia) khi tìm thấy tinh trùng, ngược lại khi không có tinh trùng được chẩn đoán là vô tinh (azoospermia). Do thể tích tinh hoàn bằng

thước đo Prader. Phát hiện vi mất đoạn AZF bằng phương pháp Multiplex PCR. Xét nghiệm nồng độ nội tiết tố huyết thanh FSH, LH, testosterone, estradiol, prolactin.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA. Số liệu được biểu diễn dưới dạng độ giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, tỷ lệ % và p<0,05 được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.3. Đặc điểm chung, đặc điểm hình thái và dịch tễ ở bệnh nhân vi mất đoạn NST:

3.1.1. Đặc điểm chung về tuổi, chiều cao, cân nặng cũng như thời gian vô sinh của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

	Tuổi (năm)	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	BMI (kg/m ²)	TG vô sinh (năm)
Trung bình	33,87	165,22	65,67	24,09	5,09
Độ lệch chuẩn	5,15	5,37	6,54	2,59	3,48

Nhận xét: - Đặc điểm chung của nam giới có vi mất đoạn NST Y đều nằm trong giới hạn bình thường của người Việt Nam.

- Thời gian vô sinh khá dài, trung bình là 5,09 ± 3,48 năm. Trong đó có 1 bệnh nhân nam 45 tuổi vô sinh nguyên phát có thời gian mong con dài nhất là 15 năm.

3.1.2. Kích thước tinh hoàn ở bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

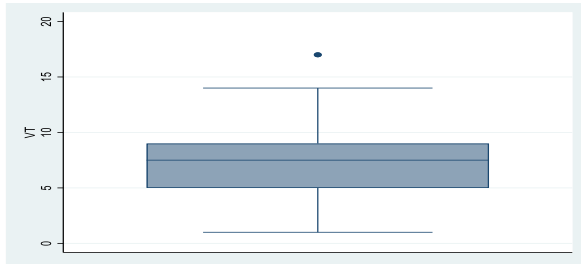
Bảng 3.2. Kích thước tinh hoàn bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

	Mean ± SD	Min	Max
Tinh hoàn P (ml)	7,48 ± 3,67	1	17
Tinh hoàn T (ml)	7,57 ± 3,53	1	17
Giá trị p	0,633	-	-

Nhận xét: Thể tích trung bình tinh hoàn phải và trái của các bệnh nhân có vi mất đoạn AZF lần lượt là 7,48 ± 3,67 ml và 7,57 ± 3,53 ml. Tinh hoàn nhỏ nhất đo được có thể tích 1ml ở cả hai bên phải và bên trái, những người bệnh thể tích tinh hoàn càng nhỏ có tiên lượng càng kém.



1. Tinh hoàn phải



2. Tinh hoàn trái

Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố các giá trị của thể tích tinh hoàn bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

Biểu đồ phân bố thể tích tinh hoàn phải và tinh hoàn trái. Thể tích tinh hoàn tuân theo quy luật phân phối chuẩn, kiểm định ghép cặp cho thấy không có sự khác biệt giữa thể tích tinh hoàn phải và trái ở từng bệnh nhân ($p > 0,05$).

3.1.3. Đặc điểm về dịch tể vi mất đoạn NST Y

Bảng 3.3. Đặc điểm dịch tể vi mất đoạn NST Y

	AZFa n (%)	AZFb n (%)	AZFc n (%)	AZFabc n (%)	AZFbc n (%)	Tổng n (%)
Thiếu tinh năng	-	1 (7,14)	10 (71,43)	-	3 (21,43)	14 (100)
Vô tinh giả	-	-	2 (28,57)	-	5(71,43)	7 (100)
Vô tinh	3 (12,00)	-	9 (36,00)	2 (8,00)	11(44,00)	25 (100)
Tổng	3 (6,52)	1 (2,17)	21 (45,65)	2 (4,35)	19 (41,31)	46 (100)

Nhận xét:

- Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 395 bệnh nhân bất thường nặng về mật độ tinh trùng (dưới 5 triệu/ml), phát hiện 46 bệnh nhân có vi mất đoạn NST Y chiếm 11,65%.

- Vi mất đoạn NST Y được chia thành nhiều vùng nhỏ, các loại mất đoạn xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi: hay gặp nhất là vi mất đoạn vùng AZFc với 21 bệnh nhân, chiếm

45,65%. Loại hay gặp thứ 2 là mất cả vùng AZFbc với 19 bệnh nhân, chiếm 41,31%. Tuy nhiên, vi mất đoạn AZFb đơn độc rất hiếm gặp, chỉ quan sát thấy 1 bệnh nhân trong nghiên cứu này.

3.2. Đặc điểm nội tiết tố ở bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

3.2.1. Nồng độ nội tiết tố ở bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

Bảng 3.4. Nồng độ nội tiết tố ở bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

	FSH (mIU/ml)	LH (mIU/ml)	Prolactin (ng/ml)	Estradiol (pg/ml)	Testosterone (ng/ml)
Mean ± SD	16,39 ± 12,97	9,96 ± 5,85	279,8 ± 154,6	28,71 ± 17,22	18,26 ± 11,51
Giá trị lớn nhất	3,0	2,0	94,0	4,0	1,0
Giá trị nhỏ nhất	50,0	29,0	819,0	103,0	51,0

Nhận xét: Nồng độ FSH huyết thanh BỆNH NHÂN vô sinh nam tăng cao 16,39 ± 12,97 mIU/ml, đặc biệt có 1 bệnh nhân vi mất đoạn AZFabc có nồng độ FSH cao nhất là 50,0 mIU/ml. Trong khi đó, nồng độ các hormone khác đều nằm trong giới hạn bình thường.

3.2.2. So sánh nồng độ nội tiết tố ở bệnh nhân vi mất đoạn NST Y

Bảng 3.5. So sánh nồng độ nội tiết tố giữa nhóm có tinh trùng và nhóm vô tinh

	FSH (mIU/ml)	LH (mIU/ml)	Prolactin (ng/ml)	Estradiol (pg/ml)	Testosterone (ng/ml)
Có tinh trùng (n = 21)	7,90 ± 0,98	8,05 ± 1,29	304,90 ± 44,60	24,85 ± 2,78	19,43 ± 2,66
Vô tinh (n = 25)	23,53 ± 2,70	11,56 ± 1,08	259,72 ± 21,34	31,80 ± 3,99	17,28 ± 2,21
Giá trị p	0,000	0,006	0,764	0,315	0,544

Nhận xét: - Nồng độ FSH trung bình trong nhóm bệnh nhân có tinh trùng là 7,90 ± 0,98 mIU/ml, nằm trong giới hạn bình thường; tuy nhiên nồng độ FSH trung bình ở nhóm vô tinh tăng cao 23,53 ± 2,70 mIU/ml, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có tinh trùng ($p = 0,000$).

- Tương tự, nồng độ LH nhóm bệnh nhân có tinh trùng và vô tinh lần lượt là 8,05 ± 1,29 và 11,56 ± 1,08 mIU/ml; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p = 0,006$).

- Tuy nhiên, nồng độ các hormone khác như

prolactin, estradiol, testosterone của bệnh nhân vi mất đoạn NST Y nằm trong giới hạn không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa nhóm có tinh trùng và không có tinh trùng ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Vi mất đoạn AZF là rối loạn di truyền hàng đầu gây vô sinh nam bên cạnh hội chứng Klinefelter. Dựa trên dữ liệu toàn cầu, ước tính vi mất đoạn AZF xảy ra ở khoảng 1:4000 nam giới trong cộng đồng. Tần suất vi mất đoạn AZF cao hơn rõ rệt ở nam giới vô sinh khoảng 7%, 5 –

10% bệnh nhân thiếu tinh nạng và 10 – 15% bệnh nhân vô tinh [5], [6], [7]. Có sự khác biệt lớn về tần số của các vi mất đoạn AZF ở các khu vực khác nhau trên thế giới, điều này có thể phản ánh những khác biệt cơ bản về cỡ mẫu, phương pháp được sử dụng và dân số được sàng lọc. Tỷ lệ vi mất đoạn AZF thấp nhất là ở Châu Âu (3%; 95%; CL 2,9–3,0) và Úc (5,3%; 95%; CL 5,9–7,8); trong khi phần còn lại của thế giới có tỷ lệ trung bình là 8–9%. Trong nghiên cứu này, trong số 395 bệnh nhân bất thường nặng về mật độ tinh trùng, có 46 bệnh nhân có vi mất đoạn NST Y chiếm 11,65%. Tỷ lệ này cao hơn châu Âu và tỷ lệ trung bình của thế giới.

Vùng AZF chứa nhiều gen sinh tinh nằm ở phân vùng AZFa, AZFb, AZFc, AZFd. Các tác giả nhận thấy có 6 kiểu mất đoạn chính trên vùng AZF: chỉ mất AZFa hoặc AZFb hoặc AZFc, mất đoạn AZFbc, mất AZFabc và mất một phần AZFc, trong đó phổ biến nhất là mất đoạn AZFc và AZFb. Mỗi kiểu vi mất đoạn này có biểu hiện khác nhau, và có tiên lượng khác nhau trong điều trị hỗ trợ sinh sản. Trong nghiên cứu của chúng tôi: hay gặp nhất là vi mất đoạn vùng AZFc với 21 bệnh nhân, chiếm 45,65%, thứ 2 là mất cả vùng AZFbc với 19 bệnh nhân, chiếm 41,31%. Ngược lại, vi mất đoạn AZFb đơn độc rất hiếm gặp, chỉ quan sát thấy 1 bệnh nhân trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu có đôi chút khác biệt so với kết quả của Hassan và cộng sự (2021) trên 51 bệnh nhân vô sinh mà trong đó gồm 30 bệnh nhân vi mất đoạn NST Y. Vi mất đoạn ở vùng AZFa xảy ra thường xuyên nhất trong số 30 bệnh nhân (N = 11) và AZFb (N = 3). Trong số những bệnh nhân thiếu tinh, sự mất đoạn thường xuyên nhất được phát hiện ở vùng AZFc với 10 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 71,43%, trong khi ở nghiên cứu trên là ở vùng AZFa với tỷ lệ tương tự [3]

Vùng dưới đồi bài tiết ra hormon giải phóng GnRH, hormon này kích thích tuyến yên bài tiết ra FSH và LH, hai hormon này đóng vai trò quan trọng trong việc điều hoà sản sinh tinh trùng. FSH tác dụng trực tiếp lên biểu mô của ống sinh tinh trong khi LH tác động lên quá trình sinh tinh bằng cách kích thích tế bào Leydig bài tiết ra testosterone. Testosterone đóng vai trò quan trọng để quá trình sinh tinh diễn ra bình thường [3]. Quá trình sinh tinh suy giảm khiến tuyến yên tăng tiết hormone FSH và LH, nghiên cứu cho thấy FSH và LH tăng cao là yếu tố tiên lượng xấu cho quá trình sinh tinh. Trong nghiên cứu này nồng độ FSH huyết thanh bệnh nhân vô sinh nam tăng cao $16,39 \pm 12,97$ mIU/ml, đặc biệt có

1 bệnh nhân vi mất đoạn AZFabc có nồng độ FSH cao nhất là 50,0 mIU/ml. Trong khi đó, nồng độ các hormone khác đều nằm trong giới hạn bình thường. Khi so sánh nồng độ FSH và LH giữa nhóm vô tinh và nhóm có tinh trùng, nhận thấy nồng độ 2 hormone này nhóm vô tinh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có tinh trùng. Đây là bằng chứng về giá trị tiên lượng của FSH và LH ở nhóm bệnh nhân vô sinh nam do vi mất đoạn AZF [8]. Nghiên cứu của Elsaid và cộng sự (2021) cho kết quả tương tự, với nồng độ FSH, LH ở nhóm không có tinh trùng lần lượt là $21,28 \pm 16,82$ và $10,41 \pm 7,71$ mIU/ml, cao hơn giá trị ở người bình thường – lần lượt là $18,89 \pm 20,4$ và $9,2 \pm 11,39$ mIU/ml, khác biệt có ý nghĩa thống kê [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ vi mất đoạn vùng AZF của NST Y trong nhóm nam giới bất thường nặng số lượng tinh trùng là 11,65%, hay gặp nhất là vi mất đoạn vùng AZFc. Ở nhóm bệnh nhân vi mất đoạn AZF, nồng độ FSH và LH bệnh nhân vô tinh tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có tinh trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., de Mouzon J. và cộng sự.** (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril*, 92(5), 1520–1524.
- Choy J.T. và Eisenberg M.L.** (2018). Male infertility as a window to health. *Fertility and Sterility*, 110(5), 810–814.
- Elsaid H.O.A., Gadkareim T., Abobakr T. và cộng sự.** (2021). Detection of AZF microdeletions and reproductive hormonal profile analysis of infertile sudanese men pursuing assisted reproductive approaches. *BMC Urol*, 21, 69.
- Colaco S. và Modi D.** (2018). Genetics of the human Y chromosome and its association with male infertility. *Reprod Biol Endocrinol*, 16, 14.
- Krausz C. và Casamonti E.** (2017). Spermatogenic failure and the Y chromosome. *Hum Genet*, 136(5), 637–655.
- Yu X.-W., Wei Z.-T., Jiang Y.-T. và cộng sự.** (2015). Y chromosome azoospermia factor region microdeletions and transmission characteristics in azoospermic and severe oligozoospermic patients. *Int J Clin Exp Med*, 8(9), 14634–14646.
- Rozen S.G., Marszalek J.D., Irenze K. và cộng sự.** (2012). AZFc deletions and spermatogenic failure: a population-based survey of 20,000 Y chromosomes. *Am J Hum Genet*, 91(5), 890–896.
- Huang I.-S., Chen W.-J., Li L.-H. và cộng sự.** (2022). The predictive factors of successful sperm retrieval for men with Y chromosome AZFc microdeletion. *J Assist Reprod Genet*, 39(10), 2395–2401.

CẮT GAN LỚN, CẮT ĐƯỜNG MẬT NGOÀI GAN KẾT HỢP CẮT ĐOẠN MẠCH MÁU TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT QUANH RỖN GAN XÂM LẤN MẠCH

Ninh Việt Khải¹, Nguyễn Đức Trung¹,
Hoàng Tuấn¹, Trần Đình Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thông báo kết quả sau mổ ung thư đường mật quanh rốn gan (peri hilar cholangiocarcinoma) xâm lấn mạch máu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 những trường hợp ung thư đường mật quanh rốn gan có xâm lấn mạch máu được cắt gan lớn, cắt đường mật ngoài gan và cắt đoạn mạch máu tại trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Có 2 bệnh nhân ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn mạch: bệnh nhân 1 có chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan loại 3a được cắt gan phải và hạ phân thùy 1, cắt đường mật ngoài gan kèm cắt đoạn tĩnh mạch (TM) cửa, nối thần chính TM cửa với TM cửa trái. Bệnh nhân 2 chẩn đoán ung thư đường mật quanh rốn gan loại 3b được cắt gan trái và hạ phân thùy 1, cắt đường mật ngoài gan, cắt đoạn TM cửa nối TM cửa thân chính với TM cửa phải và cắt đoạn động mạch (ĐM) gan nối ĐM gan phải với ĐM vị tá tràng. Cả 2 bệnh nhân diễn biến sau mổ ổn định, không có biến chứng sau mổ. Hiện bệnh nhân 1 sau mổ 1.5 năm và bệnh nhân 2 sau mổ 1 năm, ổn định và không có tái phát sau mổ. **Kết luận:** ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn mạch máu được phẫu thuật an toàn, đạt tính triệt căn và bước đầu đem lại kết quả điều trị khả quan sau mổ.

SUMMARY

MAJOR LIVER RESECTION, EXTRAHEPATIC DUCT RESECTION AND COMBINED WITH VASCULAR RESECTION IN SURGICAL TREATMENT FOR PERIHILAR CHOLANGIOCARCINOMA INVASED TO VESSELS

Objective: to report the results after surgery for peri hilar cholangiocarcinoma with vascular invasion. **Methods:** Retrospective study from June 2022 to June 2023 of cases of peri hilar cholangiocarcinoma with vascular invasion undergoing major hepatectomy, extrahepatic bile duct resection, and vascular resection at the organ transplant center of Viet Duc hospital. **Results:** There were 2 patients with perihilar cholangiocarcinoma with vascular invasion: patient 1 was diagnosed with type 3a perihilar cholangiocarcinoma and underwent right liver and segment 1 resection, extrahepatic bile duct resection with portal vein resection, anastomosed main porta

vein with left porta vein.. Patient 2 was diagnosed with type 3b perihilar cholangiocarcinoma and had the left hepatectomy, extrahepatic bile duct resection, portal vein resection and anastomosed the main portal vein with the right portal vein and hepatic artery resection then anastomosed the right hepatic artery with gastroduodenal artery. Postoperative status of both patients was stable, with no postoperative complications. Currently, patient 1 is 1.5 years after surgery and patient 2 is 1 year after surgery, stable and has no recurrence after surgery. **Conclusion:** Perihilar cholangiocarcinoma with vascular invasion can be safely performed and achieved radical surgery and initially encouraging results after surgery.

Keywords: perihilar cholangiocarcinoma, major liver resection, hepatic vascular resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật là một loại ung thư hiếm gặp chiếm 3% trong tất cả các khối u đường tiêu hóa, nhưng có tính chất xâm lấn cao. Tùy theo vị trí ung thư đường mật được chia thành ung thư đường mật trong gan, quanh rốn gan và ngoài gan, trong đó ung thư đường mật quanh rốn gan chiếm 50% tổng số ca mắc.[1] Phẫu thuật ung thư đường mật quanh rốn gan là phẫu thuật khó và là thách thức đối với các phẫu thuật viên. Đặc biệt nhiều phẫu thuật viên gan mật coi các trường hợp ung thư đường mật quanh rốn gan xâm lấn TM cửa, ĐM gan là không thể cắt bỏ được do tính chất "tiến triển tại chỗ" của khối u.[2] Những phát triển gần đây trong liệu pháp chống ung thư cho thấy hóa trị có thể cải thiện tình trạng của bệnh nhân mắc bệnh ác tính đường mật không thể cắt bỏ. Tuy nhiên, thời gian sống sót trung bình chỉ là 11–13 tháng. Ngược lại, những bệnh nhân trải qua phẫu thuật với mục đích triệt căn có thời gian sống kéo dài 40–50 tháng và tỷ lệ sống sót chung sau 5 năm là 35–45%. Theo nghiên cứu của T.Sugiura năm 2021 trên 238 trường hợp ung thư đường mật vùng rốn gan thì nhóm cắt cả ĐM gan và TM cửa có thời gian sống trung bình là 24 tháng, thấp hơn các nhóm chỉ cắt ĐM gan hoặc cắt TM cửa, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng đều cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không phẫu thuật mà được điều trị bằng hóa trị liệu đơn thuần.[3] Tại Việt Nam, ung thư đường mật quanh rốn gan thường chỉ được thực hiện ở các bệnh viện lớn và những

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024