

# ĐẶC ĐIỂM KHỐI U TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BÓC U CƠ THỰC QUẢN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Lê Công Lý Hùng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm khối u cơ thực quản lành tính trong phẫu thuật nội soi ngực bóc u tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u cơ lành tính thực quản được điều trị tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2016 đến 12/2022. **Kết quả và bàn luận:** Nghiên cứu 31 bệnh nhân u cơ thực quản lành tính (UCTQLT) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) bóc u với tỉ lệ nam chiếm 51,6% và nữ chiếm 48,4%, với kích thước trung bình khối u là  $32.32 \pm 9.76$  mm. Khối u ở vị trí thực quản ngực 1/3 trên có 3 BN chiếm 9,7%, khối u ở vị trí thực quản 1/3 giữa có 20 BN chiếm 64,5%, khối u thực quản ngực ở vị trí 1/3 dưới có 8 BN chiếm 25,8%. Phần lớn hình ảnh khối u là tổn thương giảm âm và đồng nhất chiếm 93,5%. Hầu hết các trường hợp có kích thước khối u từ 2-5cm (93,6%), chỉ có 2 trường hợp có kích thước khối u trên 5cm (6,4%). Trên siêu âm nội soi khối u có hình ảnh giảm âm (90,3%) và đồng nhất (93,6). Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi qua đường ngực phải. Không có trường hợp nào có tổn thương niêm mạc thực quản trong mổ, không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ. **Kết luận:** Khối u cơ thực quản là những khối u có hình ảnh giảm âm và đồng nhất trên siêu âm nội soi, các khối u hầu hết có kích thước trung bình. Phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản lành tính có thể thực hiện an toàn với cả những khối u có kích thước lớn trên 5cm. **Từ khoá:** U cơ thực quản, Phẫu thuật bóc u qua nội soi ngực.

## SUMMARY

### TUMOR CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH BENIGN ESOPHAGEAL LEIOMYOMA UNDERGOING THORACOSCOPIC ENUCLEATION AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To describe tumor characteristics in patients with benign esophageal leiomyoma undergoing thoracoscopic enucleation at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Retrospective descriptive study, describing all patients diagnosed with benign esophageal leiomyoma treated at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University Hospital, from January 2016 to December 2022. **Results and discussion:** There were 31 patients with benign esophageal leiomyoma

undergoing thoracoscopic enucleation, included 16 males (51.6%) and 15 females (48.4%). The average tumor size was  $32.32 \pm 9.76$  mm (20 - 57 mm). Tumor location, distribution in the upper, middle and lower esophagus were 9.7% (n=3), 64.5% (n=20) and 25.8% (n=8), respectively. The majority endoscopic ultrasound findings were hypoechoic and homogeneous, accounting for 93.5%. Most patients in the study had only one tumor, the size of the tumor was closely related to clinical symptoms. All patients underwent thoracoscopy with the right thoracic approach. There were no serious complications during or after surgery. **Conclusions:** esophageal leiomyoma are tumors with hypoechoic and homogeneous on ultrason endoscopy. Almost tumors are medium size. Thoracoscopic enucleation of benign esophageal leiomyoma is a safe and effective surgery even with tumors larger than 5cm in size.

**Keywords:** Esophageal leiomyoma, thoracoscopic enucleation

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ thực quản (UCTQ) là khối u lành tính thường gặp nhất trong các khối u lành của thực quản, phát triển từ các tế bào cơ trơn của thực quản, chiếm tỷ lệ 70-80% trong tổng số các khối u dưới niêm mạc thực quản, nhưng chỉ chiếm dưới 1% tổng số các loại khối u của thực quản. Bệnh nhân thường phát hiện khối UCTQ ở độ tuổi 20-50 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ. Nhiều trường hợp UCTQ được phát hiện tình cờ, không có triệu chứng. Tuy nhiên cũng có thể gặp các triệu chứng như: nuốt nghẹn, cảm giác đau tức, hay nóng rất sau xương ức, đau ngực, nôn trở sau khi ăn. UCTQ thường chỉ gây tổn thương 1 khối u, ít khi gặp nhiều hơn 1 khối u và vị trí hay gặp ở thực quản ngực 2/3 dưới.<sup>1,2</sup> UCTQ vô cùng hiếm khi chuyển thành ác tính, vì vậy điều trị phẫu thuật được đặt ra khi khối u có triệu chứng, khối u có kích thước lớn hơn 5cm hoặc với khối u nghi ngờ có dấu hiệu ác tính.<sup>3</sup> Ngày nay nhiều nghiên cứu cho rằng phẫu thuật nội soi ngực là phương pháp an toàn, hiệu quả với cả những trường hợp u cơ thực quản có kích thước lớn hơn 5cm. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm khối u và tính hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ lành tính thực quản.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u cơ trơn lành tính thực quản được điều trị tại khoa Ngoại Tổng

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2016 đến 12/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Được chẩn đoán u cơ thực quản và bóc u bằng phẫu thuật nội soi ngực với kết quả giải phẫu bệnh và xét nghiệm hoá mô miễn dịch sau mổ là u cơ trơn lành tính thực quản.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian từ 1/2016 đến 12/2022, nghiên cứu thu thập được 31 bệnh nhân trong đó: tuổi trung bình 49.23 (24 ÷ 66 tuổi), 16 bệnh nhân nam (51,6%) và 15 bệnh nhân nữ (48,4%). BN đi khám vì biểu hiện khó nuốt, nuốt nghẹn gặp 67,75% trong nhóm có triệu chứng, 22.6% BN phát hiện khối UCTQ tình cờ, không có triệu chứng lâm sàng.

**Bảng 1. Đặc điểm chung**

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng bệnh nhân (%)
Tuổi trung bình ± SD	49.23 ± 12.39 (24 ÷ 66 tuổi)
<b>Giới</b>	
Nam - Nữ, tỷ lệ	16 (51,6%):15 (48,4%)
<b>Triệu chứng (TC)</b>	
Không triệu chứng	7 (22,6%)
Nuốt nghẹn	21 (67,8%)
Đau sau xương ức	2 (6,5%)
Khác (ợ trớ, gầy sút cân, xuất huyết tiêu hóa...)	1 (3,2%)

**3.2. Đặc điểm của khối u.** Đặc điểm khối u cơ thực quản trên nội soi, siêu âm nội soi và CLVT được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 2. Đặc điểm khối u**

Kết quả trên nội soi	Số lượng bệnh nhân (%)
<b>Vị trí u thực quản ngực</b>	
1/3 trên	3 (9,7%)
1/3 giữa	20 (64,5%)
1/3 dưới	8 (25,8%)
<b>Hình thái u</b>	
Đầy lồi lòng TQ, niêm mạc bình thường, mật độ mềm	31 (100%)
Số lượng u	U đơn độc (100%)
<b>Kết quả trên SANS</b>	
<b>Kích thước khối u</b>	
Dưới 2cm	3 (9,7%)

Từ 2 – 5cm	26 (83,9%)
Trên 5cm	2 (6,4%)
<b>Đặc điểm Echo</b>	
Giảm âm	28 (90,3%)
Hỗn hợp âm	3 (9,7%)
Tăng âm	0 (0%)
<b>Độ đồng nhất</b>	
Đồng nhất	29 (93,6%)
Không đồng nhất	2 (6,4%)
<b>Kết quả trên CLVT</b>	
<b>Kích thước khối u</b>	
Dưới 2cm	0 (0%)
Từ 2 – 5cm	29 (93,6%)
Trên 5cm	2 (6,4%)
Kích thước trung bình	32,32 ± 9,76 mm (20 ÷ 57 mm)
Kích thước nhóm có TC	35,54 ± 8,69 mm
Kích thước nhóm không TC	21.28 ± 1,66 mm

**3.3. Kết quả trong và sau mổ**

**Đường mổ:** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được mổ nội soi qua đường ngực phải, với đường mổ này chúng tôi đều chọn tư thế nằm sấp nghiêng 30°.

**Kỹ thuật mổ:** Sau khi xác định được vị trí khối u, lớp cơ thực quản được mở dọc ngay trên khối u. Khối u được phẫu tích khỏi các lớp của thành thực quản bằng dao điện đơn cực một cách thận trọng tránh làm tổn thương lớp niêm mạc thực quản phía dưới. Trong quá trình phẫu tích, có thể khâu một mũi vicryl 2.0 xuyên qua và nâng khối u theo các hướng giúp phân biệt dễ hơn các lớp phẫu tích, hạn chế nguy cơ thủng niêm mạc thực quản Trong trường hợp khối u nhỏ, khó phát hiện có thể thực hiện nội soi thực quản ống mềm trong mổ hỗ trợ tìm u. Sau khi bóc u, vùng phẫu tích được kiểm tra bằng bơm hơi vào lòng thực quản qua sonde dạ dày để đảm bảo không thủng niêm mạc thực quản trong quá trình phẫu thuật. Lớp cơ thực quản sau đó được đóng lại bằng các mũi khâu rời. Dẫn lưu màng phổi được thực hiện đối với tất cả các bệnh nhân. Sonde dạ dày được lưu cho đến khi chụp lưu thông thực quản sau mổ cho kết quả tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng 3 trocars trong 12 trường hợp (38,7%), 19 trường hợp sử dụng 4 trocars (61,3%). Thời gian mổ trung bình là 114,03 ± 29,87 phút (80 - 180 phút). Không có tai biến trong mổ, không có trường hợp nào phải mổ mở. Không có biến chứng nặng sau mổ.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ

lên nam/nữ là bằng nhau, tuổi trung bình là 49,23 tuổi, lứa tuổi thường gặp nhất là 30-60 tuổi với triệu chứng lâm sàng chủ yếu là nuốt nghẹn chiếm 67,8%. Nghiên cứu của A-Lai, tuổi trung bình là 44 tuổi, nam/nữ là 3,1 và tỉ lệ BN có triệu chứng lâm sàng chiếm 70,6%.<sup>4</sup> Triệu chứng lâm sàng liên quan đến kích thước khối u, thường BN chỉ có triệu chứng lâm sàng khi kích thước khối u đủ lớn gây chèn ép thực quản. Các biểu hiện nuốt khó, đau sau xương ức, ợ trở thường xuất hiện ở những bệnh nhân có khối u lớn, còn các khối u nhỏ hơn thường chỉ gây ra các triệu chứng nhẹ như cảm giác khó chịu không rõ rệt, thậm chí không có biểu hiện gì. Cụ thể, ở nghiên cứu của chúng tôi, kích thước u ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng trung bình lớn hơn so với nhóm không có triệu chứng ( $35,54 \pm 8,69\text{mm}$  so với  $21,28 \pm 1,66\text{mm}$ ). Nghiên cứu của Sumin Shin cho thấy bệnh nhân có triệu chứng có kích thước khối u trung bình lớn hơn đáng kể so với bệnh nhân không có triệu chứng ( $60,0 \pm 24,1\text{mm}$  so với  $52,0 \pm 36,0\text{mm}$ ).<sup>5</sup>

**4.2. Đặc điểm khối u.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được nội soi thực quản ống mềm với hình ảnh khối u đẩy lùi vào lòng thực quản, hình lồi đều, di động, mật độ mềm, niêm mạc thực quản tại vị trí u bình thường.



**Hình 1. Nội soi cho thấy niêm mạc nguyên vẹn bình thường nằm trên khối u ở thực quản 1/3D**

(Bệnh nhân Lê Thị P, MHS 18273484)

Cắt lớp vi tính giúp đánh giá rõ bản chất khối u, xác định vị trí, hình dáng cũng như liên quan khối u với các tạng lân cận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u thường phân bố chủ yếu ở 2/3 dưới thực quản chiếm 90,32, kích thước khối u đo được trên CLVT trung bình là  $32,32 \pm 9,76\text{ mm}$  ( $20 \div 57\text{mm}$ ). Nghiên cứu của Ramos và cộng sự năm 2016 trên 13 trường hợp cho thấy khối u vị trí 2/3 dưới chiếm 92,3% và kích thước khối u trung bình là  $41,9\text{mm}$  ( $10 \div 130\text{mm}$ ).<sup>6</sup> Nghiên cứu của Shin và cộng sự trên 87 bệnh nhân cho kết quả tương tự, vị trí u thường gặp là 2/3 dưới chiếm 86,2% và kích thước khối u trung bình là  $55 \pm 32,6\text{ mm}$  ( $8 - 200\text{ mm}$ ).<sup>5</sup>

Siêu âm nội soi (SANS) có thể phân biệt được chính xác khối u xuất phát từ thành thực quản hay từ bên ngoài chèn ép vào như: u mỡ, u nang hay u máu thành thực quản, mà trên nội soi ống mềm hay CLVT không thể xác định được chính xác. Hình ảnh u cơ lạnh tính thực quản trên siêu âm nội soi là là tổ chức giảm âm, đồng nhất so với cấu trúc cơ xung quanh. Thực tế cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần tính chất u biểu hiện trên siêu âm nội soi là tổn thương giảm âm chiếm 90,3%, không có trường hợp nào sinh thiết khối u qua SANS. Hầu hết các trường hợp UCTQ không được khuyến cáo sinh thiết khối u sinh thiết trước mổ có liên quan đến biến chứng sau mổ (rò thực quản, chảy máu hoặc các biến chứng khác).<sup>4</sup>

**4.3. Kết quả trong và sau mổ.** Cho đến nay vẫn đề chọn lựa phương pháp điều trị cho u cơ thực quản vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có được sự thống nhất giữa các tác giả trên thế giới. Chỉ định phẫu thuật được khuyến cáo bởi tất cả các tác giả với những khối u có triệu chứng, u lớn trên 5cm, u tăng kích thước nhanh trong quá trình theo dõi, hay có loét niêm mạc trên bề mặt u. Đối với những bệnh nhân có u cơ thực quản không có triệu chứng, kích thước dưới 5cm, một số tác giả khuyến nghị theo dõi định kỳ bằng nội soi thực quản vì nguy cơ tiến triển thành sarcom cơ tử u cơ trơn thực quản rất hiếm gặp, ngoài ra u cơ trơn thực quản thường phát triển rất chậm và ổn định trong một thời gian dài, do đó việc nội soi định kỳ để loại trừ ung thư biểu mô thực quản là đủ đối với các u cơ trơn không triệu chứng. Một số tác giả khác lại có khuyến nghị cắt bỏ u ngay sau khi có chẩn đoán kể cả các khối u không triệu chứng có kích thước từ 1 đến 5cm. Năm 2016 tác giả Diego Ramos và cộng sự đã đưa ra khuyến nghị chỉ định và lựa chọn phương pháp điều trị u cơ trơn thực quản dựa theo kích thước u.<sup>6</sup>

Tất cả BN của chúng tôi được phẫu thuật nội soi bóc u qua đường ngực phải, kể cả các khối u trên 5 cm (khối u lớn nhất kích thước 5,7 cm). Không có trường hợp nào thủng niêm mạc thực quản cũng như phải chuyển mổ mở. Không có tử vong hay các tai biến nặng trong và sau mổ. Trong nghiên cứu của Gu chia ra làm 2 nhóm phẫu thuật mổ mở và phẫu thuật nội soi, tác giả thấy rằng nội soi qua đường ngực phải thường áp dụng với khối u nằm ở vị trí thực quản ngực 2/3 trên sẽ tạo ra trường mổ rộng hơn và tránh tác động lên tim và mạch máu lớn trong quá trình phẫu thuật, còn đối với khối u thực quản ngực 1/3 dưới, đặc biệt khối u nằm ở vị trí nối dạ

dày-thực quản tác giả thường lựa chọn mở ngực nhất là khi khối u này có xu hướng lệch bên trái và chiếm gần hết chu vi thực quản. Trong nghiên cứu này tác giả cũng thấy rằng chỉ định mở ngực bóc u không thể xác định được và không phụ thuộc kích thước khối u, kể cả những khối u trên 10cm, đây là điều khác biệt so với các khuyến cáo trước đây. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho rằng phẫu thuật nội soi ngực có thể thực hiện được với cả những khối u kích thước trên 5cm.<sup>5,7</sup>

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản là lựa chọn đầu tiên trong điều trị phẫu thuật bóc u cơ thực quản. Đây là phương pháp an toàn, ít tai biến, biến chứng sau mổ kể cả trường hợp khối u kích thước lớn hơn 5cm. Kích thước khối u không phải là yếu tố chỉ định phẫu thuật nội soi hay mổ mở trong điều trị phẫu thuật bóc u cơ thực quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al.** Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg.* 2005;79(4):1122-1125. doi:10.1016/j.athoracsur.2004.08.029

2. **Seremetis MG, Lyons WS, deGuzman VC, Peabody JW.** Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases. *Cancer.* 1976;38(5):2166-2177. doi:10.1002/1097-0142(197611)38:5<2166::aid-cnrcr2820380547>3.0.co;2-b

3. **Choi SH, Kim YT, Han KN, et al.** Surgical management of the esophageal leiomyoma: lessons from a retrospective review. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus.* 2011; 24(5): 325-329. doi:10.1111/j.1442-2050.2010.01144.x

4. **A-Lai GH, Hu JR, Yao P, Lin YD.** Surgical Treatment for Esophageal Leiomyoma: 13 Years of Experience in a High-Volume Tertiary Hospital. *Front Oncol.* 2022;12: 876277. doi:10.3389/fonc.2022.876277

5. **Shin S, Choi YS, Shim YM, Kim HK, Kim K, Kim J.** Enucleation of esophageal submucosal tumors: a single institution's experience. *Ann Thorac Surg.* 2014;97(2):454-459. doi:10.1016/j.athoracsur.2013.10.030

6. **Ramos D, Priego P, Coll M, et al.** Comparative study between open and minimally invasive approach in the surgical management of esophageal leiomyoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016; 108(1): 8-14. doi:10.17235/reed.2015.3845/2015

7. **Higuchi T, Koyanagi K, Ozawa S, Ninomiya Y, Yatabe K, Yamamoto M.** Giant circumferential esophageal leiomyoma successfully treated by thoracoscopic enucleation with the patient in a prone position: A case report. *Asian J Endosc Surg.* 2021;14(3):602-606. doi:10.1111/ases.12910

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG XUẤT HIỆN KÍCH ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

Trịnh Thị Vân Anh<sup>1</sup>, Vương Đình Thủy<sup>1</sup>, Ngô Văn Tuất<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Kích động là trạng thái cấp cứu tâm thần thường gặp trong bệnh cảnh lâm sàng của chuyên khoa tâm thần nói chung và rối loạn loạn thần cấp và nhất thời nói riêng. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** mô tả một số đặc điểm về thời gian, hoàn cảnh, tính chất xuất hiện kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 97 người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu là người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần quốc gia từ tháng 08/2021 đến tháng 07/2022. Kết quả: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời hay gặp ở cả nam và nữ

(nam/nữ=1,4/1), đa số trong nhóm tuổi 18-40. Kích động là triệu chứng hay gặp trong rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (72,2%). Thường xuất hiện vào thời điểm trước khi vào viện (92,9%). Thời gian xuất hiện kích động trong ngày thường gặp vào buổi chiều (52,9%) và buổi tối (44,3%). Về hoàn cảnh xuất hiện, kích động đa phần xuất hiện không có nguyên nhân (40%) và do gặp vấn đề căng thẳng tâm lý (34,3%). Về đặc điểm tính chất xuất hiện, hầu hết kích động xuất hiện đột ngột (77,1%), xuất hiện sau khi triệu chứng loạn thần rõ ràng (72,9%). **Kết luận:** Tỷ lệ kích động ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời tương đối cao, đặc điểm về thời gian, hoàn cảnh và tính chất xuất hiện đa dạng, cần được đánh giá và xử trí phù hợp. **Từ khóa:** Kích động, rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE OCCURENCE OF AGITATION IN PATIENTS WITH ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS

**Background:** Agitation is a common psychiatric emergency in the clinical setting of psychiatry in general and acute and transient psychotic disorders in

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Vân Anh

Email: vananhtinhahmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024