

U SAU PHỨC MẠC: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Ngô Hoàng Minh Thiện¹, Hoàng Danh Tấn¹, Trần Thiện Trung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U sau phúc mạc (USPM) hiếm gặp, thường là ác tính, xuất phát từ nhiều nguồn gốc, triệu chứng lâm sàng mơ hồ nên thường chẩn đoán muộn. Phẫu thuật cắt u gần như là phương pháp điều trị duy nhất, gặp nhiều khó khăn do phẫu trường sâu, kích thước u lớn, liên quan chặt chẽ với nhiều mạch máu lớn và các tạng xung quanh. Chẩn đoán giải phẫu bệnh cũng rất đa dạng và phức tạp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bản chất giải phẫu bệnh của USPM. **Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật USPM. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu các trường hợp chẩn đoán USPM và phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 1/2015 đến 12/2022. **Kết quả:** 112 trường hợp: 42,9% nam, 57,1% nữ. Tuổi trung bình $49,4 \pm 14,1$ (23 - 78). Khám bụng sờ thấy u 21,4%. Kích thước u trung bình $14,3 \pm 4,9$ cm (3 - 42 cm). U ác 45,5%, thường gặp nhất là sarcom mỡ, lymphoma và u mô đệm đường tiêu hóa. U lành 54,5%, thường gặp nhất là u tế bào Schwann, nang lạnh tính, u cơ trơn lạnh tính. Nhuộm hóa mô miễn dịch để xác định bản chất giải phẫu bệnh là 49,1%: trong đó u lành 34,4%, u ác 66,7%. Phẫu thuật nội soi 37,5% (42/112), phẫu thuật mở 62,5% (70/112). Có 25,9% cần phối hợp từ 2 chuyên khoa phẫu thuật trở lên. Cắt trọn u 68,8%, cắt u bán phần 8%, chỉ sinh thiết 23,2%. Có 12,5% phải cắt tạng kèm theo như thận, đại tràng, tử cung và 2 phần phụ, một phần bàng quang, tĩnh mạch thận... Máu mất trung bình $125,7 \pm 22,1$ ml, cần truyền máu 20,5% với lượng máu truyền trung bình 1,5 đơn vị. Thời gian mổ trung bình $137,4 \pm 13,6$. Chưa ghi nhận tử vong và biến chứng nặng sau mổ. **Kết luận:** USPM ít gặp, triệu chứng mơ hồ, thường chẩn đoán muộn, kích thước u to. Chẩn đoán giải phẫu bệnh khá đa dạng và phức tạp, đa số cần nhuộm hóa mô miễn dịch. Khoảng một nửa trường hợp là ác tính, thường nhất là sarcom mỡ, lymphoma và u mô đệm đường tiêu hóa. U lành tính thường gặp là u tế bào Schwann, nang lạnh tính, u cơ trơn lạnh tính. Phẫu thuật cắt u khó khăn, thời gian mổ kéo dài, đôi khi phải cắt tạng kèm theo, không ít trường hợp cần phối hợp nhiều kíp chuyên khoa phẫu thuật. **Từ khóa:** U sau phúc mạc

SUMMARY

RETROPERITONEAL TUMORS: CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL MANAGEMENT RESULTS

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Hoàng Minh Thiện

Email: thien.nhm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025

Background: Retroperitoneal tumors are rare lesions with diverse pathological subtypes. Malignant tumors of the retroperitoneum occur more frequently than benign lesions. Tumors are usually diagnosed late because the clinical manifestations of the retroperitoneal tumors are vague. Complete surgical resection is the only potential curative treatment modality for retroperitoneal tumors. Surgical management presents several challenges because retroperitoneal tumors often surround and associate with abdominal organs and blood vessels. The operative field is also very deep. The pathological diagnosis is usually difficult. **Objectives:** Study clinical, paraclinical manifestations and pathological findings of the retroperitoneal tumors. To evaluate the surgical management results. **Materials and Methods:** We conducted retrospectively all of diagnosed retroperitoneal tumors which are operated in University Medical Center at Ho Chi Minh city from January 2015 to December 2022. **Results:** There were 112 retroperitoneal tumors cases: 48 (42,9%) were male, 64 (57,1%) were female. The mean age of the patients was $49,4 \pm 14,1$ years (range, from 23 to 78 years). A mass was palpated in 21,4% of the patients. The mean tumor size was $14,3 \pm 4,9$ cm (range, from 3 to 42 cm). 45,5% of the patients were reported to have malignant tumors. The most frequently seen malignant pathology was liposarcoma followed by lymphoma, gastrointestinal stromal tumors. 54,5% of the patients were reported to have benign tumors and the most common benign pathologies encountered in the retroperitoneum include Schwannoma, cyst and leiomyoma. We had to performed immunohistochemical diagnostic technique to confirm the pathological characteristics of 49,1% retroperitoneal tumors cases (34,4% benign tumors and 66,7% malignant tumors). We performed surgical approach by laparoscopic surgery in 42 (37,5%) retroperitoneal tumors and open surgery in 70 (62,3%) cases. Surgical management includes total resection in 77 (68,8%) cases, subtotal resection in 9 (8%) cases and the only surgical biopsy in 26 (23,2%) cases. Resection of adjacent involved organs in sometimes required and the rate of resection of adjacent viscera or other anatomical structures were reported in 14 (12,5%) retroperitoneal tumors cases. The most common organs requiring resection were: kidney, colon, uterus and fallopian tubes, partial urinary bladder, renal vein and so on. The mean estimated intraoperative blood loss was $125,7 \pm 22,1$ ml, and requiring blood transfusion was reported in 20,53%, cases with the mean blood transfusion was 1,5 units. The mean operation time was $137,4 \pm 13,6$ minutes. We had no mortality and severe complications. **Conclusions:** Retroperitoneal tumors are rare lesions with equivocal clinical manifestations. They were usually diagnosed late and had large size at presentation. Pathological diagnosis was difficult and almost of the cases which need to confirm by

immunohistochemical diagnostic technique. Half of retroperitoneal tumors were malignant tumors with the most frequently seen malignant pathology liposarcoma followed by lymphoma, gastrointestinal stromal tumors. The most common benign pathologies encountered in the retroperitoneum include Schwannoma, cyst and leiomyoma. Surgical resection had several challenges. The operation time prolongs in many cases. Resection of adjacent involved organs or other anatomical structures was usually required and the co-operation of more than two specialties was often needed in some difficult retroperitoneal tumors cases. **Keywords:** retroperitoneal tumors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sau phúc mạc (USPM) khá ít gặp, xuất phát từ rất nhiều nguồn gốc mô khác nhau, tỷ lệ ác tính cao, liên quan đến nhiều mạch máu lớn, tạng và cấu trúc giải phẫu quan trọng. Thời điểm phát hiện đa số ở giai đoạn muộn, kích thước u lớn, cuộc mổ thường khó khăn, kéo dài. Trong nước, chưa có nhiều nghiên cứu đặc điểm bệnh của USPM và những khó khăn, thách thức khi phẫu thuật điều trị cũng như xác định bản chất giải phẫu bệnh của khối u. Do đó chúng tôi nghiên cứu nhằm mục tiêu sau:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bản chất giải phẫu bệnh của USPM
- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật USPM

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu, mô tả tất cả các trường hợp được chẩn đoán USPM và phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 1/2015 đến 12/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2015 đến 12/2022 Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã chẩn đoán và phẫu thuật điều trị cho 112 trường hợp USPM, trong đó 42,9% (48/112) nam, 57,1% (64/112) nữ. Tuổi trung bình 49,4±14,1 (23 – 78 tuổi)

Triệu chứng lâm sàng. Đau bụng 60,7% (68/112) và bụng to 43,8% (49/112) là hai triệu chứng thường gặp nhất khiến bệnh nhân nhập viện. Có 32,1% bệnh nhân không triệu chứng, phát hiện u tình cờ qua siêu âm bụng 21,4% (24/112) tự sờ thấy u

Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 1: Vị trí u trên CT scan bụng

Vị trí u/bụng	Số TH	Tỷ lệ (%)
Trung tâm	41	36,6
Trái	21	18,7
Phải	19	17
Chậu	31	27,7
Tổng	112	100

Kích thước khối u: đường kính lớn nhất

của khối u trên CT scan bụng, trung bình 14,34 ± 4,87cm, nhỏ nhất 3 cm, lớn nhất 42 cm (tất cả đều được chụp CT scan bụng trước mổ)

Bảng 2: Kích thước u

Kích thước	Số TH	Tỷ lệ (%)
< 10 cm	58	51,8
10 - 19 cm	33	29,5
20 - 29 cm	11	9,8
30 - 39 cm	7	6,2
≥ 40 cm	3	2,7
Tổng	112	100

Bảng 3: Những đặc điểm của u trên CT scan bụng

Đặc tính	U lành n (%)	U ác n (%)	p
Tăng quang			
Không tăng quang	17 (27,9)	3 (5,9)	0,002
Tăng quang	44 (72,1)	48 (94,1)	
Bờ			
Đều	45 (73,8)	14 (27,5)	<
Không đều	16 (26,2)	37 (72,5)	
Vị trí			
Trung tâm	22 (36,1)	19 (37,3)	0,79
Trái	11 (18)	10 (19,6)	
Phải	9 (14,8)	10 (19,6)	
Vùng chậu	19 (31,1)	12 (23,5)	
Kích thước u (cm)	16,1±5,7	12,2±4,8	0,11

Bờ và đặc điểm tăng quang của u có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tính chất u lành hoặc u ác (p < 0,05)

Vị trí và kích thước u: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giữa hai nhóm u lành và u ác (p = 0,79).

Loại phẫu thuật: phẫu thuật nội soi 37,5% (42/112), phẫu thuật mở 52,7% (59/112), phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở 9,8% (11/112)

Chuyên khoa phẫu thuật: Ngoại Tổng quát 65,2% (73/112); Niệu 8% (9/112); Ngoại Tổng quát-Niệu 17,9% (20/112); Niệu – Ngoại Tổng quát 5,4% (6/112); Ngoại Tổng quát – mạch máu 1,8% (2/112)

Lý do phối hợp:

- Tổng quát – Niệu: đặt JJ niệu quản, cắt thận, cắt 1 phần bàng quang, cắt chỏm nang thận
- Niệu - Tổng quát: khâu thủng đại tràng
- Tổng quát – mạch máu: khâu ghép tĩnh mạch thận bằng tĩnh mạch hiển.

Phương pháp phẫu thuật:

- Cắt trọn u 68,8% (77/112)
- Cắt bán phần u 8% (9/112)
- Sinh thiết 23,2% (26/112)

Bảng 4: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số TH	Tỷ lệ (%)
Cắt u	77	68,8

Cắt u kèm tạng khác	14	12,5
+ 1 đoạn tĩnh mạch thận trái	1	0,9
+ Cắt chỏm nang thận	1	0,9
+ Đại tràng ngang	1	0,9
+ Cắt thận	4	3,6
+ 1 phần bàng quang	1	0,9
+ 1 đoạn niệu quản trái	1	0,9
+ Tử cung và 2 phần phụ	2	1,8
+1 đoạn đại tràng chậu hông	1	0,9
+ Cắt u gan HPT IV	1	0,9
+ Cắt ruột thừa	1	0,9

Thời gian phẫu thuật trung bình: 137,4 ± 13,6 phút

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT (phút)	< 60	60 - 119	120 - 179	180 - 239	240 - 299	≥ 300
Số TH	7	46	39	7	6	7
Tỷ lệ (%)	6,3	41,1	34,8	6,3	5,4	6,3

Máu mất trung bình: 125,7 ± 22,1 ml

Bảng 6: Máu mất trong mổ

Máu mất (ml)	< 10	10 - 49	50 - 99	100 - 199	200 - 499	500 - 1000
Số TH	19	10	29	31	15	8
Tỷ lệ (%)	16,7	8,9	25,9	27,7	13,4	7,1

Số cần truyền máu là: 20,5% (23/112).

Lượng máu truyền trung bình: 1,5 đơn vị.

Chưa ghi nhận tử vong cũng như biến chứng đáng kể.

Kết quả giải phẫu bệnh: Đại thể dạng đặc 80,4% (90/112); dạng nang 8% (9/112), dạng hỗn hợp 11,6% (13/112)

Tổn thương lành tính 54,5% (61/112); ác tính 45,5% (51/112)

Nhuộm hóa mô miễn dịch để xác định bản chất 49,1% (55/112). Trong đó tổn thương lành tính cần nhuộm hóa mô miễn dịch là 34,4% (21/61), ác tính là 66,7% (34/51).

Bảng 7: Giải phẫu bệnh 61 TH u lành

Giải phẫu bệnh	Số TH	Tỷ lệ %
U cơ trơn lành tính	7	6,3
Nang dạng bì (dermoid cyst)	1	0,9
U tế bào Schwann	19	17
U sợi (Fibromatosis)	4	3,6
Viêm hạch mạn	2	1,8
Nang lành tính	8	7,1
U cơ mỡ mạch máu	2	1,8
U cận hạch	2	1,8
U hạch thần kinh	3	2,7
U mỡ (Lipoma)	6	5,4
U sắc bào (pheochromocytoma)	2	1,8
U nghịch tạo lympho bào (Castleman)	5	4,5
Tổng	61	54,5

Bảng 8. Giải phẫu bệnh 51 TH u ác

Giải phẫu bệnh	Số TH	Tỷ lệ (%)
U mô đệm ngoài đường tiêu hóa (EGIST)	7	6,3
Adenocarcinoma biệt hóa kém	6	5,4
Sarcoma mỡ	13	11,6
Carcinoma tế bào gai	1	0,9
Lymphoma	8	7,1
Sarcoma biệt hóa kém	2	1,8
Sarcoma cơ trơn	4	3,6
Sarcoma sợi biệt hóa kém	1	0,9
Carcinoma tế bào thần kinh nội tiết	2	1,8
U quái buồng trứng ác tính	2	1,8
U sợi thần kinh ác tính	3	2,7
U mô bào sợi ác tính	1	0,9
U trung mạc	2	1,8
Tổng	51	45,5

IV. BÀN LUẬN

Khoang sau phúc mạc trải dài từ 2 đầu xương sườn 12 xuống đến vùng chậu, phía trước là phúc mạc thành sau, phía sau là thành lưng của ổ bụng. Tại đây có mô liên kết, thận, thượng thận, niệu quản, bàng quang, động mạch chủ và các nhánh, tĩnh mạch chủ dưới và các nhánh, các hạch sau phúc mạc. Thuật ngữ USPM thường dùng cho các loại u ở sau phúc mạc mà không phải là thận, thượng thận, mạch máu, bàng quang. U có thể là nguyên phát, xuất phát từ mô liên kết, hạch, mô cơ, thần kinh, trung mô, tế bào mầm ở vùng này. U cũng có thể thứ phát do xâm lấn từ cấu trúc lân cận hoặc di căn đến hạch sau phúc mạc [9].

USPM có thể gặp ở trẻ em cho đến người cao tuổi [2], [5]. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là 49,4±14,1 (từ 23 – 78 tuổi), tương đương các tác giả khác 30 – 58 tuổi [1], [6], [7].

Có 60,7% trường hợp nhập viện vì đau bụng, 43,8% vì bụng to và 32,1% tình cờ phát hiện khi siêu âm kiểm tra sức khỏe. Khoang sau phúc mạc sâu, triệu chứng của khối u rất mơ hồ nên thường phát hiện muộn [3], [4], [5]. Trong nghiên cứu này 57,1% sờ thấy u lúc khám, kích thước u trung bình là 14,3 ± 4,9 cm, trong đó 48,2% kích thước u > 10 cm, thậm chí có trường hợp u to đến 42 cm. Khoảng 30% trường hợp u chiếm hết ổ bụng hoặc một nửa bụng. Một số tác giả ghi nhận 100% sờ thấy u [1]. Kích thước u trung bình [7] 12,8 cm (2-30cm), 50% kích thước u > 20 cm [7].

CT scan bụng hoặc chụp cộng hưởng từ vùng bụng (MRI): phương tiện chẩn đoán hình ảnh và rất có giá trị [5], giúp chẩn đoán xác định, định vị tổn thương, đánh giá mức độ xâm lấn cấu trúc lân cận, xâm lấn các cấu trúc mạch máu lớn, di căn xa. Ngoài ra, còn giúp hướng

dẫn chọc hút lấy bệnh phẩm khảo sát hình thái tế bào (FNAC), hướng dẫn phẫu thuật. Tuy nhiên, CT scan và MRI bụng ít có giá trị tiên đoán u nguyên phát hay di căn đến khoang sau phúc mạc. Tất cả các trường hợp của chúng tôi đều được chụp CT scan bụng trước mổ.

Phẫu thuật cắt u gần như là phương pháp điều trị duy nhất, nhất là u ác. Phẫu thuật điều trị USPM bao giờ cũng là thách thức cho mọi bác sĩ phẫu thuật. Tổn thương thường có kích thước lớn, phẫu trường sâu, xâm lấn mạch máu lớn và các cấu trúc giải phẫu quan trọng khác. S. Aliyu [4] ghi nhận 51,5% có chèn ép niệu quản, 24,6% có chèn ép ruột. Nghiên cứu của chúng tôi, 68,8% (77/112) trường hợp cắt trọn u; 23,2% (26/112) chỉ sinh thiết. D. Damianov [6] ghi nhận 60,7% (51/84) cắt hết u, 39,3% chỉ sinh thiết hoặc cắt 1 phần u

USPM thường có xâm lấn mạch máu lớn, các tạng lân cận nên nhiều trường hợp phải cắt u mở rộng. D. Damianov [6] ghi nhận 35,7% phải phối hợp cắt thêm tạng khác hoặc mạch máu. Báo cáo của William W Tseng [8], 58% phải cắt kèm một hoặc nhiều tạng khác, trong đó 8% phải cắt mạch máu lớn, 54% phải đặt JJ niệu quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 12,5% (14/112) trường hợp phải cắt thêm tạng kèm theo: cắt thận 4, cắt tử cung và 2 phần phụ 2, cắt 1 đoạn tĩnh mạch thận trái 1, cắt chòm nang thận 1, cắt đại tràng ngang 1, cắt 1 phần bàng quang 1, cắt đoạn niệu quản trái 1, cắt đoạn đại tràng chậu hông 1, cắt u gan HPT IV 1, cắt ruột thừa 1. Do vậy, 25,8% (29/112) chúng tôi cần phối hợp 2 chuyên khoa trở lên, thường nhất là Ngoại tổng quát và Nội (đặt JJ niệu quản, cắt thận, cắt bàng quang). Cả 2 trường hợp cắt thận đều là sarcoma mỡ, có kích thước rất lớn, xuất phát từ mỡ quanh thận và đã xâm lấn thận. Trước mổ, cả hai đều được xạ hình thận, dự kiến phải cắt bỏ thận. Trịnh Hồng Sơn [3] báo cáo 37 trường hợp phẫu thuật sarcoma mỡ sau phúc mạc, chỉ 78% cắt trọn u và 44% phải cắt kèm tạng khác (nhiều nhất là đại tràng).

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh có năng lực phẫu thuật nội soi tốt, nhưng cũng có đến 52,7% (59/112) trường hợp mổ mở, trong đó 9,8% (11/112) nội soi chuyển mổ mở. Chỉ 37,5% (42/112) trường hợp phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, chỉ 14,3% (16/112) phẫu thuật nội soi cắt u, còn lại 23,2% (26/112) phẫu thuật nội soi sinh thiết. Điều này cho thấy phẫu thuật cắt USPM vẫn là một thách thức cho phẫu thuật viên. Phẫu thuật nội soi Robot [2] đã bắt đầu được ứng dụng ở nước ta hy vọng giải quyết

được một số khó khăn về kỹ thuật.

Máu mất trung bình lúc mổ 125,7 ± 22,1 ml, cần truyền máu 20,5% (23/112), lượng máu truyền trung bình: 1,5 đơn vị. Báo cáo của Kazim Gemici [7], 64,3% (18/28) trường hợp cần truyền máu với lượng máu truyền trung bình 1,5 đơn vị.

Thời gian phẫu thuật thường kéo dài, chúng tôi trung bình 137,4 ± 13,6 phút (35 - 590 phút), của Kazim Gemici [7] trung bình 192 phút (70 - 380 phút). Trịnh Hồng Sơn [3] báo cáo 37 trường hợp phẫu thuật sarcoma mỡ sau phúc mạc, thời gian mổ trung bình 242,5 ± 118,8 phút.

Do cuộc mổ lớn, khó khăn, có thể phải cắt tạng khác kèm theo, thời gian mổ kéo dài, nên tỷ lệ tử vong, biến chứng là đáng kể. Ghi nhận của William W Tseng [8], 16% có biến chứng nặng sau mổ và 2% tử vong. Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tử vong hay có biến chứng nặng.

Không chỉ có cuộc mổ khó khăn mà xác định định bản chất giải phẫu bệnh USPM cũng rất khó khăn. USPM hình thành từ rất nhiều nguồn gốc như mô mỡ, cơ, thần kinh, mô sợi, trung mô, tế bào mầm... nên thường khó xác định bản chất, nguồn gốc giải phẫu bệnh. Rất nhiều trường hợp phải cần đến hóa mô miễn dịch, ghi nhận của chúng tôi là 49,1% (55/112), của Nguyễn Thanh Anh Tuấn [1] 64,8% (49/91). Nhuộm hóa mô miễn dịch không chỉ trong tổn thương u ác và cả trong u lành. Chúng tôi ghi nhận tổn thương ác tính nhuộm hóa mô miễn dịch 66,7% (34/51), lành tính 34,4% (21/61). Tác giả Nguyễn Thanh Anh Tuấn [1] 82,7% (42/52) trường hợp u ác cần nhuộm hóa mô miễn dịch và u lành 41%

Chúng tôi ghi nhận 45,5% (51/112) u ác, 54,5% (61/112) u lành. Các tác giả khác [4], [7], u ác từ 57,1 - 75%, u lành từ 25 - 42,9%. U ác thường gặp nhất: sarcoma mỡ, lymphoma và GIST; u lành thường gặp nhất: u tế bào Schwann, nang lạnh tính, u cơ trơn lạnh tính. Ghi nhận này cũng tương tự các tác giả khác [4], [9], u ác thường gặp nhất: sarcoma mô mềm (thường nhất là sarcoma mỡ quanh thận, sarcoma cơ trơn, sarcoma sợi), u mô đệm đường tiêu hóa (GIST), lymphoma; u lành thường gặp nhất [4], [9]: u sợi thần kinh, u mỡ, u cơ trơn. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận adenocarcinoma, carcinoma tế bào gai nghĩ là di căn từ nơi khác đến. Các tác giả khác [5], [6], [7] ghi nhận tương tự.

Tỷ lệ tử vong theo dõi sau 7 năm USPM khá cao 32,14%. Tỷ lệ còn sống theo dõi sau 7 năm phẫu thuật USPM 43,8%.

V. KẾT LUẬN

USPM ít gặp, triệu chứng lâm sàng mơ hồ nên

thường chẩn đoán muộn, sờ thấy u 21,4%. Kích thước u trung bình $14,3 \pm 4,9$ cm, u >10 cm là 48,2%. U ác 45,5%, thường gặp nhất: sarcom mỡ, lymphoma và GIST. U lành 54,5% thường gặp nhất: u tế bào Schwann, nang lạnh tính, u cơ trơn lạnh tính. Tuy nhiên, xác định bản chất giải phẫu bệnh rất khó khăn, 49,1% nhuộm hóa mô miễn dịch ở cả u lành (34,4%) lẫn u ác (66,7%).

Cuộc mổ khó khăn, kéo dài, thời gian mổ trung bình $137,4 \pm 13,6$ phút do u to, thường chèn ép xâm lấn nhiều mạch máu lớn, tạng khác. Cắt trọn u 68,8%, trong đó 37,5% phẫu thuật nội soi. Có 12,5 % phải cắt kèm tạng khác, 25,9% cần phối hợp 2 ekip phẫu thuật chuyên khoa trở lên. Máu mất trung bình $125,7 \pm 22,1$ ml, số cần truyền máu 20,5%, cần truyền máu trung bình 1,5 đơn vị. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận tử vong và biến chứng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Anh Tuấn (2015). Đặc điểm giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch u sau phúc mạc. Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long, tr. 1-16.
2. Trần Ngọc Sơn (2015). Phẫu thuật nội soi Robot cắt u sau phúc mạc ở trẻ em: báo cáo trường hợp đầu tiên ở Việt Nam. Y học TP. Hồ Chí Minh,

- 19(5): 2013-2016.
3. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Thanh Tùng (2012). Kết quả giải phẫu u mỡ ác tính sau phúc mạc tại bệnh viện Việt Đức. Y học thực hành, 2: 42-45.
4. Aliyu S, Ibrahim AG, Mohammed BS, Zarami AB (2015). Retroperitoneal tumors a ten years in University of Maiduguri Teaching Hospital North Eastern Nigeria. International Journal of Scientific and Research Publications, 5(3):1-3.
5. Chaudhari A, Desai PD, Vadel MK, Kaptan K (2016). Evaluation of primary retroperitoneal masses by computed tomography scan. International Journal of Medical Science and Public Health, 5(7): 1423-1429
6. Damianov D et al (2013). Oncological principles in the surgical treatment of primary retroperitoneal soft tissue sarcomas. Medical and Health Science Journal, 14(4): 166-173.
7. Kazim G et al (2015). Management of patients with retroperitoneal tumors and review of the literature. World Journal of Surgical Oncology, 13:143.
8. Tseng WW, Wang SC, Eichler CM, Warren RS, Nakakura EK (2011). Complete and safe resection of challenging retroperitoneal tumors: anticipation of multiorgan and major vascular resection and use of adjunct procedures. World Journal of Surgical Oncology, 9(143): 2-6.
9. Venter A et al (2013). Difficulties of diagnosis in retroperitoneal tumors. Rom J Morphol Embryol, 54(2):451-456.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH 2 BÊN CẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Dương Công Tuấn¹, Nguyễn Mạnh Trường¹, Nguyễn Hữu Khanh¹, Nguyễn Xuân Khải¹, Nguyễn Xuân Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh lý máu tụ dưới màng cứng mạn tính 2 bán cầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 31 trường hợp máu tụ dưới màng cứng mạn tính 2 bên đã được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 từ 4.2022 đến 4.2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình ($69,26 \pm 10,99$); tỉ lệ Nam/Nữ = 9,33/1; nguyên nhân chấn thương sọ não (64,52%); thời gian từ khi có nguyên nhân đến khi được chẩn đoán (3-8 tuần có 75%); có 93,55% số bệnh nhân có điểm GCS ≥ 13 ; Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (93,54%), không có sự khác biệt về bề dày máu tụ giữa 2 bên, chủ yếu là hỗn hợp tỷ

trọng 51,62%, ít gặp di lệch đường giữa. **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính chủ yếu ở nhóm người cao tuổi (trên 60), nam nhiều hơn nữ; nguyên nhân chủ yếu là chấn thương sọ não với triệu chứng đau đầu, hình ảnh máu tụ hỗn hợp tỷ trọng, ít có di lệch đường giữa.

SUMMARY

A STUDY OF CLINICAL, IMAGING CHARACTERISTICS OF BILATERAL CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA PATIENTS TREATED BY SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: Describe the epidemiological, clinical, and computed tomography (CT) imaging characteristics of bilateral chronic subdural hematoma. **Subjects and Methods:** a cross-sectional descriptive study with 31 cases who were diagnosed and surgically treated of bilateral chronic subdural hematoma at Military Hospital 103 from April 2022 to April 2024. **Results:** Mean age was 69.26 ± 10.99 ; male-to-female ratio was 9.33:1, traumatic brain

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm liên hệ chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025