

tác giả Nguyễn Đình Song Huy mô tả có các triệu chứng như: đau vùng đốt, sốt, nôn chiếm lần lượt 14,9%; 14,4%; 13,4% [7]. Khi so sánh với những bệnh nhân được hủy u bằng sóng cao tần, nghiên cứu cũng chỉ ra đau vùng đốt chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm đốt vi sóng.

Trong khi thực hiện thủ thuật, chúng tôi ghi nhận một bệnh nhân xuất hiện nhịp tim chậm (không triệu chứng), đã xử trí tiêm Atropin và theo dõi sát trong những giờ đầu. Sau xử trí, nhịp tim về bình thường, chúng tôi thực hiện lại thủ thuật sau 2 ngày không có bất thường xảy ra. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng ghi nhận có 4 trường hợp (0,97%) xuất hiện nhịp tim chậm, sau tiêm Atropin nhịp tim trở lại bình thường và không phải dừng thủ thuật [8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị bằng vi sóng cho UTBMTBG giai đoạn sớm có tỷ lệ đáp ứng cao, thích hợp sử dụng điều trị bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024;74(3):229-263.
2. Reig M., Forner A., Rimola J. et al. (2022), "BCLC strategy for prognosis prediction and treatment recommendation: The 2022 update", *J Hepatol*, 76(3), 681-693.
3. Wang Z., Liu M., Zhang D.Z. et al. (2022), "Microwave ablation versus laparoscopic resection as first-line therapy for solitary 3-5-cm HCC", *Hepatology*, 76(1), 66-77.
4. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, 2020.
5. Quách Thanh Dung (2018). "Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp đốt vi sóng", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Park J.W., Chen M., Colombo M. et al. (2015), "Global patterns of hepatocellular carcinoma management from diagnosis to death: the BRIDGE Study", *Liver Int*, 35(9), 2155-66.
7. Nguyen-Dinh S.H., Do A., Pham T. N. D. et al. (2018), "High burden of hepatocellular carcinoma and viral hepatitis in Southern and Central Vietnam: Experience of a large tertiary referral center, 2010 to 2016", *World J Hepatol*, 10(1), 116-123.
8. Đào Việt Hằng (2016). "Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u". Luận án tiến sỹ Y học, trường đại học Y Hà Nội.
9. Ma S., Ding M., Li J. et al. (2017), "Ultrasound-guided percutaneous microwave ablation for hepatocellular carcinoma: clinical outcomes and prognostic factors", *J Cancer Res Clin Oncol*, 143(1), 131-142.
10. Kudo M., Izumi N., Kokudo N. et al. (2011), "Management of hepatocellular carcinoma in Japan: Consensus-Based Clinical Practice Guidelines proposed by the Japan Society of Hepatology (JSH) 2010 updated version", *Dig Dis*, 29(3), 339-64.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U SAU PHÚC MẠC NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Lương Toàn^{1,2}, Phạm Hoàng Hà^{1,2}, Phạm Quang Thái^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt u là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với u sau phúc mạc. Tuy nhiên, u sau phúc mạc thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, với kích thước u lớn, vị trí sâu sau phúc mạc và liên quan cấu trúc quan trọng. Do đó, tỷ lệ cắt bỏ toàn bộ u còn thấp và tỷ lệ biến chứng sau mổ vẫn cao. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u sau phúc mạc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 72 trường hợp u sau phúc mạc nguyên phát được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu

nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** 72 bệnh nhân: 23 nam (31,9%) và 49 nữ (68,1%). Độ tuổi trung bình là 45,9±14,9. 55 bệnh nhân mổ mở, 17 bệnh nhân mổ nội soi, trong đó 5 bệnh nhân phải chuyển mổ mở. 67 trường hợp (93,1%) cắt toàn bộ u; 5,6% cắt một phần u, 1,4% chỉ sinh thiết u. Giải phẫu bệnh: 49 u lành tính (68,1%) và 23 u ác tính (31,9%). Tỷ lệ phải cắt bỏ cơ quan lân cận kèm theo: 27,8%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,1% và không có trường hợp tử vong sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình u ác tính là 149,9±54,7 phút, u lành tính là 132,7±69,4 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 7,9±3,5 ngày. Theo dõi 13,6% bệnh nhân có tái phát, thời điểm phát hiện tái phát trung bình là 10,5±2,2 tháng. Tỷ lệ sống sau 1, 3 và 5 năm với u ác tính là 86,4%, 74,8% và 66,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho u sau phúc mạc, với tỷ lệ cắt toàn bộ u cao (93,1%), tỷ lệ tái biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp (11,1%), không có tử vong sau phẫu thuật. Phẫu thuật cải thiện tỷ lệ sống sau 5 năm với nhóm u ác

¹Trường Đại học Y dược, Đại học quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lương Toàn

Email: toannguyenhtvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

tính là 66,5%. **Từ khóa:** u sau phúc mạc nguyên phát, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF PRIMARY RETROPERITONEAL TUMORS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Surgical resection remains the most effective treatment for retroperitoneal tumors. However, these tumors are often diagnosed at an advanced stage, with a large tumor size, deep retroperitoneal location, and involvement of critical structures. Consequently, the rate of complete resection remains low, and postoperative complication rates are still high. This study aimed to evaluate the outcomes of surgical treatment for retroperitoneal tumors at Viet Duc University Hospital. **Methods:** A retrospective study was conducted on 72 patients with primary retroperitoneal tumors, who underwent surgical resection at Viet Duc University Hospital from January 2017 to December 2022. **Results:** A total of 72 patients were included (23 males, 31.9%; 49 females, 68.1%). The mean age was 45.9 ± 14.9 years. Fifty-five patients underwent open surgery, while 17 patients underwent laparoscopic surgery, including 5 patients who required conversion to open surgery. Complete tumor resection was achieved in 67 patients (93.1%), whereas 4 patients (5.6%) underwent partial resection, and 1 patient (1.4%) had only a biopsy. Pathological results showed 49 benign tumors (68.1%) and 23 malignant tumors (31.9%). The rate of adjacent organ resection was 27.8%. The overall postoperative complication rate was 11.1%, with no postoperative mortality. The average operation time for malignant tumors was 149.9 ± 54.7 minutes, while it was 132.7 ± 69.4 minutes for benign tumors. The average hospital stay was 7.9 ± 3.5 days. During follow-up, 13.6% of patients experienced tumor recurrence, with an average time to recurrence of 10.5 ± 2.2 months. The survival rates for malignant tumors at 1, 3, and 5 years were 86.4%, 74.8%, and 66.5%, respectively. **Conclusion:** Surgical resection remains the most effective treatment for retroperitoneal tumors, achieving a high rate of complete tumor resection, low intraoperative and postoperative complication rates, and no postoperative mortality. It also improved survival, with a 5-year survival rate of 66.5% for malignant tumors.

Keywords: primary retroperitoneal tumor, surgical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sau phúc mạc nguyên phát (USPM) là tập hợp khối u hình thành và phát triển ở khoang sau phúc mạc mà không có sự liên quan trực tiếp các cơ quan trong vùng này, và không bao gồm các tổn thương di căn.[1] USPM có nguồn gốc mô bệnh học đa dạng, được phân loại thành 5 nhóm chính theo Tổ chức Y tế thế giới theo nguồn gốc tế bào: u trung bì, u thần kinh, u tế bào mầm ngoài sinh dục, u tế bào biểu mô và u lympho.[2, 3] USPM là nhóm bệnh lý hiếm gặp,

tại Hoa Kỳ và châu Âu chúng chiếm 15-25% tổng số các u mô mềm với tỷ lệ mắc mới 4-5/100000 người/năm. Khoảng 70–80% USPM nguyên phát là ác tính tuy nhiên chỉ chiếm 0,1–0,2% tổng số u ác tính.[4]

Do hầu hết USPM không nhạy cảm với hóa chất và xạ trị, nên phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất.[5] Phẫu thuật triệt căn chỉ đạt được khi cắt được toàn bộ u tới phần tổ chức lành xung quanh, và cắt bỏ các tạng bị u xâm lấn. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn là thách thức lớn với các phẫu thuật viên vì u thường lớn, vị trí sâu trong ổ bụng và xâm lấn các cơ quan quan trọng sau phúc mạc.[2] Tỷ lệ cắt được u dao động từ 25-73% và tỷ lệ biến chứng sau mổ là 13-82%.[5] Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật USPM tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán USPM dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng trên chẩn đoán hình ảnh.

- Bệnh nhân được phẫu thuật với chẩn đoán trong mổ là USPM, giải phẫu bệnh sau mổ là USPM, không phải xuất phát từ các tạng sau phúc mạc hay tổn thương di căn.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân đã phẫu thuật, sinh thiết u tại cơ sở y tế khác trước khi điều trị tại Bệnh viện Việt Đức.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện với bệnh nhân đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ.

Các biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật; tai biến trong mổ, cơ quan được cắt bỏ kèm theo; thời gian phẫu thuật; giải phẫu bệnh sau mổ theo Phân loại u mô mềm và xương của Tổ chức Y tế thế giới năm 2020.[3]

+ Kết quả phẫu thuật: thời gian trung tiện, cho ăn đường miệng, nằm viện sau phẫu thuật; biến chứng sau mổ; tình trạng bệnh nhân, thời gian sống, tỷ lệ tái phát và sống sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến 12/2022, 72 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật USPM tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm phẫu thuật

49 (68,1%) nữ và 23 (31,9%) nam. Độ tuổi trung bình là 45,9±14,9 tuổi (14-83 tuổi).

Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm		Lành tính		Ác tính		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%
Phương pháp mổ	Mổ mở	35	71,4	20	87	55	76,4
	Mổ nội soi	10	20,4	2	8,7	12	16,7
	Nội soi chuyển mổ mở	4	8,2	1	4,3	5	6,9
Đường mổ mở (n=60)	Trắng giữa trên dưới rốn	35	89,7	19	90,5	54	90,0
	Dưới sườn phải	2	5,1	0	0	2	3,3
	Dưới sườn trái	1	2,6	1	4,8	2	3,3
	Dưới sườn hai bên	1	2,6	1	4,8	2	3,3
	Cắt u toàn bộ	46	93,9	21	91,4	67	93,1
Phương pháp mổ	Cắt một phần u	3	6,1	1	4,3	4	5,6
	Chỉ sinh thiết u	0	0	1	4,3	1	1,3
Thời gian phẫu thuật (phút)		132,7 ±69,4		149,9 ±54,7		138,2 ±65,2	

Nhận xét: Tổng số mổ mở và nội soi chuyển mổ mở là 60 bệnh nhân (83,3%). Đường mổ mở thường sử dụng nhất là đường trắng giữa trên và dưới rốn (90,0%). 93,1% cắt được u toàn bộ.

Bảng 2. Giải phẫu bệnh

Nguồn gốc u		Giải phẫu bệnh		n	%
U ác tính (n=23)	U trung bì	U mỡ ác tính (Liposarcoma)		14	60,9
		U cơ trơn ác tính (Leiomyosarcoma)		7	30,5
		Sarcoma phần mềm thể hốc		1	4,3
	U thần kinh	U thần kinh nội tiết độ II		1	4,3
U lành tính (n=49)	U trung bì	U nang bạch huyết lành tính		10	20,4
		U cơ mỡ mạch		2	4,1
		U mỡ lành tính		1	2,0
		U cơ trơn lành tính		1	2,0
		U xơ sợi		1	2,0
		U mỡ không điển hình		1	2,0
		U xơ đơn độc		1	2,0
	U thần kinh	Schwannoma		10	20,4
		U hạch thần kinh		5	10,2
		U cận hạch thần kinh		4	8,2
		Composite Pheochromocytoma và Ganglioneuroma		1	2,0
		Neurinoma		1	2,0
	U tế bào mầm	U quái trưởng thành		3	6,1
	U tế bào biểu mô	U tuyến nang chế nhày		3	6,1

U tế bào lympho	Bệnh Castleman	5	10,2
-----------------	----------------	---	------

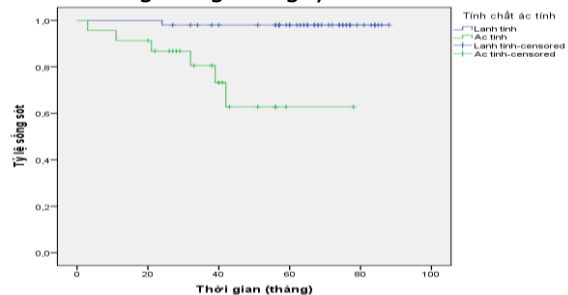
Nhận xét: 49 u lành tính (68,1%), 23 u ác tính (31,9%). U ác tính thường gặp nhất là u mỡ và u cơ trơn ác tính. U lành tính thường gặp nhất là schwannoma và u nang bạch huyết lành tính.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		n	%
Trong mổ	Chảy máu phải truyền máu	11	15,3
	Cắt cơ quan liên quan	20	27,8
	Cắt tuyến thượng thận	5	6,9
	Cắt lách	2	2,8
	Cắt đuôi tụy	1	1,4
	Cắt thận	2	2,8
	Cắt đại tràng	1	1,4
	Cắt, thay đoạn mạch máu lớn	4	5,6
	Cắt đoạn niệu quản, đặt JJ	4	5,6
	Cắt cơ thắt lưng chậu	2	2,8
	Cắt dạ dày hình chêm	1	1,4
	Nội soi chuyển mổ mở (n=17)	5	6,9
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	5	6,9
	Áp xe tồn dư sau mổ	2	2,8
	Tắc ruột sau mổ	1	1,4
Theo dõi sau mổ	Thời gian có trung tiện (ngày)	3,4±0,9	2-6
	Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	5,7±2,4	2-20
	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7,9±3,5	3-24

Nhận xét: Tai biến trong mổ thường gặp nhất là chảy máu phải truyền máu. 27,8% cắt u kèm cơ quan khác, thường gặp nhất là tuyến thượng thận. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ và không có bệnh nhân tử vong trong 30 ngày đầu sau mổ.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống sau mổ USPM

Nhận xét: Thời gian theo dõi trung bình là 53,3 tháng (20-86 tháng). 52/72 (72,2%) bệnh nhân còn sống, 7/72 (9,7%) bệnh nhân chết, 13/72 bệnh nhân (18,1%) mất tin tức. 13,6% bệnh nhân tái phát sau mổ với thời điểm phát hiện tái phát trung bình là 10,5±2,2 tháng. Thời gian sống trung bình sau mổ u lành tính là 86,7±1,3 tháng, u ác tính là 59,7±6,2 tháng

($\chi^2 = 13.946, p = < 0.001$). Tỷ lệ sống sau mổ của ác tính sau 1, 3 và 5 năm lần lượt là 86,4%, 74,8% và 66,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm phẫu thuật. Chiến lược điều trị cơ bản của USPM là phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ u, đặc biệt là với u ác tính. Tuy nhiên tỷ lệ cắt bỏ được toàn bộ khối u có thể hạn chế do vị trí giải phẫu u sâu và thường liên quan đến cấu trúc quan trọng sau phúc mạc, khi đó mổ cắt một phần u có thể được cân nhắc nhằm loại bỏ tối đa tổ chức u và cải thiện triệu chứng. Tỷ lệ cắt được toàn bộ u là 34-72,4% và cắt một phần u là 27,6-58%.[6,7] Nghiên cứu chúng tôi có 93,1% (67/72) cắt được toàn bộ u, cao hơn so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể lý giải một phần bởi tỷ lệ u lành tính của chúng tôi cao hơn nghiên cứu khác.

Phẫu thuật mổ mở là phương pháp thường được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn, giúp tiếp cận trực tiếp, kiểm soát tốt cấu trúc giải phẫu và mạch máu do USPM thường có kích thước lớn, có thể xâm lấn hoặc liên quan cơ quan sau phúc mạc. Đường mổ có thể được mở rộng nhằm cung cấp thêm không gian tiếp cận và cải thiện khả năng kiểm soát mạch máu, ví dụ đường mở rộng hông, đường mở rộng dưới sườn, đường mở rộng chéo dưới.[8] Nghiên cứu chúng tôi có tổng số 60/72 (83,3%) bệnh nhân được mổ mở: 55 bệnh nhân mổ mở ngay từ đầu và 5 bệnh nhân được chỉ định mổ nội soi nhưng phải chuyển sang mổ mở. Trong đó, đa số phẫu thuật viên sử dụng đường trắng giữa trên và dưới rốn (90,0%). Ngoài ra, phẫu thuật nội soi là phương pháp ít xâm lấn, thường được chỉ định với khối u nhỏ, lành tính và dễ tiếp cận. Nghiên cứu chúng tôi có 27,8% (20/72) bệnh nhân được chỉ định mổ nội soi và có 5 bệnh nhân (29,4% số bệnh nhân mổ nội soi) phải chuyển sang mổ mở với nguyên nhân chủ yếu là do vị trí u khó tiếp cận qua nội soi và 1 trường hợp u dính chắc vào xương cánh chậu trái. Đặc biệt, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp u cận hạch thần kinh có biểu hiện mạch nhanh và tăng huyết áp trong mổ. Một số u như u cận hạch thần kinh, u nguyên bào thần kinh ác tính,... có khả năng chế tiết và có thể giải phóng quá mức catecholamine trong mổ, gây biến chứng nghiêm trọng như cơn tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, thiếu máu cục bộ cơ tim, phù phổi cấp và đột quỵ.[9] Do đó, cần lưu ý về khả năng chế tiết của chúng trong mổ. Nghiên cứu Hoàng Danh Tấn cho thấy tỉ lệ mổ nội soi 36,6% (15/41), 21,9% tiến hành cắt u, 14,6% sinh thiết hoặc cắt nang.[10] Từ đó cho

thấy, mặc dù mổ nội soi có nhiều ưu điểm nhưng vẫn có hạn chế với các u lớn, vị trí giải phẫu phức tạp hoặc xâm lấn. Trong những trường hợp này, chuyển sang mổ mở là cần thiết để đảm bảo hiệu quả điều trị.

Phẫu thuật USPM có thể yêu cầu cắt u kèm cơ quan bị u xâm lấn để đạt mục tiêu cắt bỏ toàn bộ u mà không làm vỡ u, các trường hợp vỡ u trong mổ hoặc cắt bỏ R2 hầu như luôn dẫn đến tái phát trong ổ bụng.[1] Do đó để mở rộng biên độ cắt u, chiến lược cắt bỏ tiêu chuẩn - cắt bỏ theo khoang (compartmental surgery) đã được đề xuất: u được cắt bỏ thành một khối với các cơ quan lân cận nếu tỷ lệ tử vong do phẫu thuật không tăng đáng kể. Trong nghiên cứu của Naoto Sassa, 33% bệnh nhân cắt u kèm cơ quan khác, phổ biến nhất là thận (14%).[6] Nghiên cứu của chúng tôi có 27,8% bệnh nhân cắt bỏ cơ quan kèm theo trong quá trình phẫu thuật, thường gặp nhất là tuyến thượng thận (6,9%).

4.2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả gần. Phẫu thuật USPM có thể được đánh giá là phức tạp với tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ cao (13-82%).[5] Chảy máu phải truyền máu là tai biến thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (15,3%), chủ yếu ở bệnh nhân có nhiều khối u, u lớn (>10cm), tăng sinh mạch và hoặc xâm lấn mạch máu. Chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp phải thay đoạn mạch nhân tạo (2 tĩnh mạch chủ dưới, 1 động và tĩnh mạch chậu ngoài trái và 1 động mạch chậu ngoài và chậu gốc phải) gây mất nhiều máu. Do đó, thời gian phẫu thuật USPM có thể kéo dài hơn. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình u lành tính là $132,7 \pm 69,4$ phút và u ác tính là $149,9 \pm 54,7$ phút (50-400 phút; $p = 0,305$), tương đồng với nghiên cứu khác.[7, 10] Nguy cơ biến chứng sau mổ tăng khi cắt bỏ nhiều cơ quan, đặc biệt là khi cắt bỏ kèm theo khối tá tràng và tụy và tỷ lệ tử vong cũng tăng lên khi cắt bỏ đồng thời ba hoặc nhiều cơ quan.[6] Các nghiên cứu trước đây có tỷ lệ biến chứng sau mổ là 12-30%.[2, 7] Biến chứng sau mổ của Hoàng Dương Vương là 13%, thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ và chảy máu sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,1%, hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ (6,9%), áp xe tồn dư sau mổ (2,8%), tắc ruột sau mổ (1,4%). Các bệnh nhân được điều trị nội khoa mà không phải can thiệp thêm và không ghi nhận tử vong sớm sau mổ.

Kết quả xa. Tiên lượng của bệnh nhân USPM thay đổi theo mô bệnh học u. U mỡ ác tính sau phúc mạc có tỷ lệ tái phát tại chỗ cao và tiên lượng kém hơn u mỡ ở vị trí khác, trong khi

u cơ trơn ác tính thường tái phát và di căn xa ngay cả khi đã mổ cắt u kèm cơ quan lân cận nên thường yêu cầu điều trị đa mô thức. Tỷ lệ sống sau 5 năm được cải thiện đáng kể nhờ sự phát triển của các phương pháp điều trị từ 47% giai đoạn 1998-2005 lên 58,4% trong giai đoạn 2002-2012 và sau 10 năm từ 27% lên 45,3%. Nghiên cứu của chúng tôi có 72,2% bệnh nhân còn sống, 9,7% tử vong và 18,1% mất tin tức, với thời gian theo dõi trung bình 53,3 tháng (20-86 tháng). Thời gian sống trung bình sau mổ u lành tính dài hơn u ác tính ($\chi^2 = 13.946$, $p < 0.001$). Tỷ lệ sống sau mổ u ác tính sau 1, 3 và 5 năm là 86,4%, 74,8% và 66,5%, tương đồng với các nghiên cứu khác.[2, 6].

Tái phát là nguyên nhân tử vong hàng đầu bệnh nhân USPM.[6] Chúng tôi ghi nhận 13,6% tái phát sau mổ: 1 u nang bạch huyết lành tính và 7 u ác tính (6 u mỡ ác tính, 1 u cơ trơn ác tính) với thời gian phát hiện tái phát trung bình $10,5 \pm 2,2$ tháng (3-21 tháng). Trong đó, 5/8 bệnh nhân tử vong: 4 u mỡ ác tính và 1 u cơ trơn ác tính. Nghiên cứu của Naoto Sassa ghi nhận tỷ lệ sống u ác tính sau 3 và 5 năm là 78,4% và 72,8% tuy nhiên tỷ lệ sống không bệnh sau 3 và 5 năm chỉ 48,6% và 28,9%.[6] Tác giả cũng ghi nhận với u ác tính có 59% bệnh nhân tái phát và 62% phải phẫu thuật cắt bỏ do u tái phát. Từ đó, tiên lượng của khối u ác tính không khả quan với tỷ lệ tái phát và tử vong đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả cho USPM, với tỷ lệ cắt toàn bộ u cao, tái biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong sau phẫu thuật. Phẫu thuật cải thiện tỷ lệ sống sau 5 năm với nhóm u ác tính là 66,5%.

Do sự đa dạng về mô bệnh học của USPM, cần thêm các nghiên cứu theo dõi dài hạn để đánh giá toàn diện hơn về hiệu quả phẫu thuật cho từng loại USPM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Osman, S., et al.**, A comprehensive review of the retroperitoneal anatomy, neoplasms, and pattern of disease spread. *Curr Probl Diagn Radiol*, 2013. 42(5): p. 191-208.
2. **Strauss, D.C., et al.**, Surgical management of primary retroperitoneal sarcoma. *Br J Surg*, 2010. 97(5): p. 698-706.
3. **Bansal, A., et al.**, WHO classification of soft tissue tumours 2020: An update and simplified approach for radiologists. *Eur J Radiol*, 2021. 143: p. 109937.
4. **Neville, A. and B.R. Herts**, CT characteristics of primary retroperitoneal neoplasms. *Crit Rev Comput Tomogr*, 2004. 45(4): p. 247-70.
5. **Kaganov, O.I., et al.**, Single-Center Experience of Surgical Treatment of Primary Retroperitoneal Tumors. *Indian J Surg Oncol*, 2020. 11(3): p. 412-417.
6. **Sassa, N., et al.**, Clinical characteristics and surgical outcomes of retroperitoneal tumors: a comprehensive data collection from multiple departments. *Int J Clin Oncol*, 2020. 25(5): p. 929-936.
7. **Vũ, T.A.**, Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bướu sau phúc mạc tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2016. 20: p. 56-61.
8. **Munoz, P., et al.**, Surgical Principles of Primary Retroperitoneal Sarcoma in the Era of Personalized Treatment: A Review of the Frontline Extended Surgery. *Cancers (Basel)*, 2022. 14(17).
9. **Ji, X.K., et al.**, Diagnosis and surgical treatment of retroperitoneal paraganglioma: A single-institution experience of 34 cases. *Oncol Lett*, 2017. 14(2): p. 2268-2280.
10. **Tân, H.D.**, U sau phúc mạc: Đặc điểm bệnh lý, kết quả phẫu thuật. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 2018. 22: p. 146-152.

KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH CHỦ CHẬU, CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Nguyễn Đỗ Nhân¹, Lê Quang Thứ¹, Lê Đình Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xơ vữa động mạch là bệnh thường gặp ở người cao tuổi. Trong đó, biến chứng nguy

hiểm là hẹp tắc động mạch chủ chậu, chi dưới. Gần đây, điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch được triển khai, nhưng kết quả áp dụng trên bệnh nhân cao tuổi còn ít thông tin. **Đối tượng và phương pháp:** cắt ngang mô tả đặc điểm bệnh nhân cao tuổi hẹp tắc động mạch chủ chậu, chi dưới và kết quả can thiệp nội mạch từ 01/2023-06/2024 tại bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** nghiên cứu thu thập được 77 bệnh nhân, nam giới là 72,8%, nữ giới là 27,2%. Tuổi trung bình $68,3 \pm 11,7$. Yếu tố nguy cơ rối loạn chuyển hóa lipid là 45,4%, bệnh tăng huyết áp là 41,5%. Tồn thương mạch máu ở một tầng giải phẫu là 63,6%, nhiều tầng là 36,3%. Triệu chứng lâm sàng

¹bệnh viện Thống Nhất

²Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: ndnhan.22ncs017@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025