

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CÁC TỔN THƯƠNG ÁC TÍNH TÁ TRÀNG TRÊN VÀ DƯỚI BÓNG VATER

Thái Nguyên Hưng¹, Thái Diệp Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật (PT) tổn thương ác tính tá tràng nguyên phát hay thứ phát. Kết quả: 34 bệnh nhân (BN), Nam 20 BN, Nữ 14 BN, Tuổi TB 64±8,48. Tiền sử đã PT 26,5%. Đái tháo đường (ĐTĐ) 44,1%. Lâm sàng: Đau bụng 91,2%, nôn 58,8%, ỉa phân đen 8,8%, nôn máu 5,9%, tắc ruột 5,9%, Hẹp môn vị (HMOV) 44,1%; lồng ruột 2,9%. Có 6 nhóm UT xâm lấn tá tràng (TT): Nhóm GIST tá tràng; Ung thư dạ dày (UTDD) xâm lấn TT; Ung thư đại tràng (UTĐT) phải xâm lấn TT; Adenocarcinome (AC) tá tràng; U lympho TT; Leiomyoma TT;

Phẫu thuật: PT Triệt căn 26/30 BN (86,7%): Cắt đoạn tá tràng và cắt hang vị, Dẫn lưu mỏm (DLM) tá tràng hay cắt TT hình chêm nối vị tràng hoặc dẫn lưu tá tràng. PT palliative 4/30 BN (13,3%): Cắt đại tràng (ĐT) phải và nối vị tràng hoặc nối vị tràng và nối tắt hồi ĐT ngang.

Không có BN tử vong (TV), biến chứng 3/34 BN (8,8%) rò miệng nối sau cắt đoạn TT (2BN rò nhỏ, 1 BN rò trung bình) điều trị nội.

Kết luận: 6 nhóm tổn thương ác tính tá tràng: GIST tá tràng; UTDD xâm lấn TT; UTĐT phải xâm lấn TT; AC tá tràng; U lympho TT; Leiomyoma TT; Phẫu thuật cắt đoạn TT, cắt hang vị, dẫn lưu mỏm tá tràng giảm áp đạt kết quả tốt với tỷ lệ biến chứng và TV thấp. Cắt khối tá tụy chỉ định khi khối ung thư xâm lấn bóng Vater hay thành tá tràng và đầu tụy.

Từ khóa: Tổn thương ác tính tá tràng.

SUMMARY

SURGICAL RESULTS OF MALIGNANT DUODENAL LESIONS UPPER AND LOWER AMPULLA OF VATER

Results: There were 34 patients, men 20 patients,

female 14 patients; mean age 64±8,48; Clinical features: Abdominal pain 91,2%, vomiting 58,8%, melena 8,8%, hematemesis 5,9%, obstruction 5,9%, gastric outlet obstruction 44,1%... There were 6 groups of duodenal malignant lesions. Surgical Procedure:

Radical surgery in 86,7%: Duodenal segmentectomy with antrectomy and duodenostomy or wedge resection with gastrojejunostomy or duodenostomy. Palliative surgery in 13,3%

No death, Complication : Anastomotic duodeno-duodenal fistulas in 8,8%.

Conclusion: There were 6 groups of malignant duodenal lesions: Duodenal GIST; Gastric cancer invaded duodenum; Colonic cancer invaded duodenum; Duodenal AC; lymphoma of duodenum; Leiomyoma of duodenum.

Surgical procedure: Duodenal segmentectomy with antrectomy and duodenostomy could have favorable results with low complication. Pancreaticoduodenectomy could be done if the malignant lesions invading the ampulla of Vater or duodenal layer and pancreatic head.

Keyword: Surgery of duodenal malignant lesions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u ở ruột non và tá tràng được WHO chia làm các nhóm: Khối ung thư (UT) xuất phát từ biểu mô, khối UT không biểu mô, U lympho ác tính, khối u thứ phát. Trong số các khối UT không biểu mô, sarcoma chiếm 14%. Phần lớn khối u trung mô ở tá tràng là U GIST [2]

Các khối u thứ phát ở TT chiếm tỷ lệ cao là UT đại tràng phải hay ung thư dạ dày xâm lấn tá tràng.

Các tổn thương ở tá tràng là các khối UT khó điều trị phẫu thuật (PT) do đặc điểm giải phẫu của tá tràng liên quan chặt chẽ với bóng Vater, đầu tụy. PT cắt khối tá tụy là PT có thời gian mổ dài, tỷ lệ biến chứng cao, thời gian sống sau 5 năm không dài hơn so với cắt đoạn tá tràng hay cắt tá tràng hình chêm. Trên thế giới đã có nhiều báo cáo so sánh tỷ lệ cắt khối tá tụy so với cắt đoạn

¹Bệnh viện K.

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email : thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: N750

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026

tá tràng để điều trị tổn thương ác tính TT, tỷ lệ biến chứng, TV, thời gian sống thêm... tuy nhiên ở nước ta chưa có nhiều tổng kết với số lượng lớn bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật các tổn thương ác tính tá tràng nguyên phát hay thứ phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán ung thư (UT) tại tá tràng hay UT ngoài TT xâm lấn TT, được phẫu thuật tại bệnh viện K.

Loại trừ: Khối UT bóng Vater, phần thấp ống mật chủ (OMC) hay đầu tụy.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Thời gian: 2021-2026.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

34 BN, Nam 20 BN, Nữ 14 BN, Tuổi TB $64 \pm 8,48$ T

Tiền sử: đã PT bụng 26,5%; ĐTĐ 44,1%

Lâm sàng: Đau bụng 91,2%, nôn 58,8%, ỉa phân đen 8,8%, nôn máu 5,9%, tắc ruột 5,9%, Hẹp môn vị (HMOV) 44,1%; lồng ruột 2,9%.

Bảng 1: Xét nghiệm cận lâm sàng

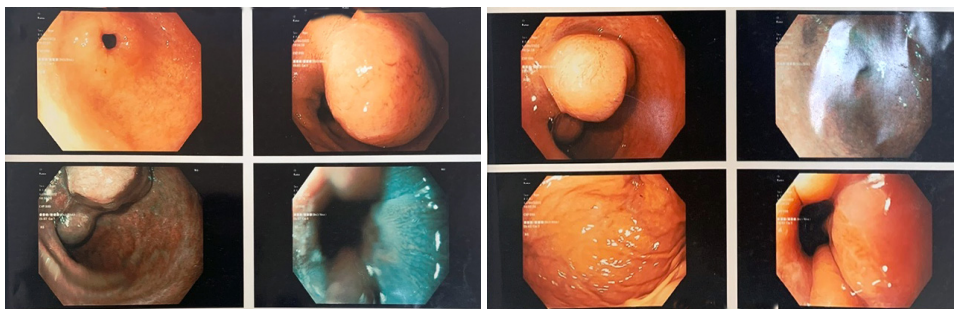
TT	Kết quả xét nghiệm	N
1	Thiếu máu nhẹ	20
	Thiếu máu trung bình	12
	Thiếu máu nặng	2
2	Bạch cầu (BC) < 10	16
	BC 10-15 G/L	9
	BC > 15 G/L	9
3	Albumin (g/L)	
	Albumin < 25.	5
	Albumin 25-30	11
	Albumin > 30	18
4	Đường máu tăng	15

Bảng 2: Nội soi dạ dày (NSDD) và Nội soi đại tràng (NSĐT)

Nhóm tổn thương	Nội soi dạ dày	N
Nhóm GIST tá tràng	Khối U dưới niêm mạc D2-D3 dưới bóng vater, Kích thước (KT) U 3-4 cm	3
	Không thấy tổn thương	3*
Nhóm ung thư đại tràng xâm lấn tá tràng	Lỗ rò vào D2	1
Nhóm ung thư dạ dày xâm lấn tá tràng	Môn vị biến dạng, Khối UT xâm lấn môn vị	4
	UT hang môn vị gây HMOV	6
	Môn vị biến dạng, khối UT xâm lấn tá tràng	2
	Khối UT gây hẹp miệng nối (MN)	2**
	Nội soi đại tràng	
Nhóm ung thư đại tràng xâm lấn tá tràng	Khối ung thư đại tràng chít hẹp lòng đại tràng	4
Adenocarcinome tá tràng	Khối U sùi tiền môn vị gây hẹp môn vị .	1
U lympho D4 TT	Không thấy tổn thương	2
U leiomyoma TT	Không thấy u, dạ dày và tá tràng nhiều máu đỏ	1

*1 khối U ở gờ dưới, 1 khối U ở D3, 1 khối ở D4.

**1 BN hẹp miệng nối có hội chứng quai trời.



Hình 1: GIST DII-DIII (Đoàn Thị H, 66 T)

Bảng 3: Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

Nhóm tổn thương	Chụp CLVT	N
Nhóm GIST tá tràng (TT)	Khối U D2	1
	Khối U D2-D3	2*
	Khối U D3	2
	Khối U D4	1
Nhóm UTDD xâm lấn TT	Khối UT không rõ ranh giới với TT	2**
	Giãn quai tới	1
	Khối UT < 5 cm	10
	Khối UT > 5 cm	4
Nhóm UTĐT phải xâm lấn TT	Khối UTĐT P > 5 cm	6
	Khối thâm nhiễm < 5 cm	3
	Khối UT di căn gan đa ổ	1
Nhóm U lympho TT	Khối U D4 TT	2***
Nhóm Ung thư TT	Khối UT hang môn vị < 5 cm	1
Leiomyoma TT	Thoát thuốc từ ĐM đầu tụy vào DII TT dưới Vater	1

* 1 khối U > 10 cm ở gờ dưới TT vỡ. Các khối U khác ≤ 5cm.

** 1 khối UT < 5 cm; 1 khối UT > 5 cm.

*** 1 khối UT D4 > 10 cm

Bảng 4: Tổn thương trong mổ

Nhóm tổn thương	Vị trí tổn thương (n)	Vị trí tổn thương bên phải bó mạch mạc treo tràng trên (MTTT) (n)	Tổn thương bên trái ĐM-TM MTTT (n)	Tổn thương bên phải + trái MTTT (n)
1. GIST tá tràng (n=6)				
+ GIST TT trên Vater	0			
+ GIST TT dưới Vater (D2-D3).	5	3		1

Nhóm tổn thương	Vị trí tổn thương (n)	Vị trí tổn thương bên phải bó mạch mạc treo tràng trên (MTTT) (n)	Tổn thương bên trái ĐM-TM MTTT (n)	Tổn thương bên phải + trái MTTT (n)
+ GIST D4	1		1	
2. UTDD xâm lấn TT (n=14)				
+ UTDD xâm lấn D1 TT	1			
+ UTDD xâm lấn D1-2 TT	4			
+ UTDD xâm lấn D2	7			
+ UT miệng nối xâm lấn D4 TT			2	
+ UTDD xâm lấn TT và/hoặc đầu tụy, đường mật.				
3. UTĐT phải xâm lấn TT (n=10)		8		
+ Xâm lấn TT trên bóng Vater	3			
+ Xâm lấn TT trên và dưới bóng Vater	3			2
+ Xâm lấn TT dưới bóng Vater	4			
4. U lympho D4 (n=2)	2		2	
5. UT tá tràng (D1-2) trên Vater (n=1)	1	1		
6. Leiomyoma (D2 dưới Vater	1			

100% U GIST DII (dưới Vater), gổi dưới, D3, D4

78,6% UTDD xâm lấn gổi trên hay DII.

30% UTĐT xâm lấn TT trên Vater 30% UTĐT xâm TT trên và dưới Vater, 40% UTĐT xâm lấn TT dưới Vater.

Bảng 5: Phương pháp mổ

TT	Nhóm tổn thương	Cắt đoạn D2-D3 TT + Cắt hang vị, DLM tá tràng. (n)	Cắt D2-D3-D4 Cắt hang vị DLM tá tràng. (n)	Cắt đoạn D4 Nối vị tràng (n)
1	Nhóm GiST TT dưới Vater (n=6)	4	1	1

PT triệt căn 100%: Cắt đoạn TT dưới Vater, cắt hang vị, DLMTT 83,3%, cắt đoạn DIV, nối vị tràng 16,7%.

Bảng 6: Tổn thương do UTĐT phải xâm lấn tá tràng, phương pháp mổ

TT	Nhóm tổn thương	Cắt đoạn DII-DIII, Cắt hang vị, DLM tá tràng, cắt ĐT phải (n)	Cắt hình chêm TT, Nối vị tràng, Cắt ĐT Phải (n)	Khâu TT, nối vị tràng, cắt ĐT phải. (n)	Dẫn lưu (DL) tá tràng, DL đường mật, cắt ĐT Phải (n)	Nối vị tràng, cắt ĐT Phải (n)	Nối vị tràng, nối tắt hồi ĐT ngang. (n)
	UTĐT Phải xâm lấn TT	3	1	2	1	2	1

PT triệt căn 70%: Cắt đoạn TT, cắt hang vị, DLM tá tràng, cắt ĐT phải 30% (3BN);

Cắt TT hình chêm, khâu TT, cắt ĐT phải 30% (3 BN);

Cắt TT hình chêm, DL tá tràng, DL đường mật (1BN)

PT palliative 30%: Cắt ĐT phải, nối vị tràng (2 BN);

Nối vị tràng, nối tắt hồi ĐT ngang (1 BN)

Bảng 7: Tổn thương trong mổ UTDD xâm lấn tá tràng- Phương pháp mổ

TT	Nhóm tổn thương	Cắt GTBDD, vết hạch (VH) cắt đoạn DI-DII TT, Đóng mồm TT mũi rời (n)	Cắt GTBDD, VH, cắt đoạn DI-DII, DLM tá tràng (n)	Cắt lại DD- cắt đoạn D4 Nối Roux En Y (n)	Cắt đoạn D4, nối vị tràng	Khâu cầm máu, cắt hang vị, DLM
1	UTDD xâm lấn D1	1				
2	UTDD xâm lấn D1-D2 (gối trên)	1*				
3	UTDD xâm lấn D2		10			
4	UT miệng nối xâm lấn D4			2		
	N= 14					
5	UT tá tràng DII (n=1)		1			
6	U lympho D4 (n=2)				2**	
7	U leiomyoma DII dưới Vater (n=1)					1

*Tạo hình mồm TT

Nhóm UTDD: PT triệt căn 92,9% (12/14 BN); PT palliative 7,1% (1/14 BN), 1 BN U lympho:

Cắt GTBDD, cắt đoạn DI-DII, DLM tá tràng (71,3%)

Cắt GTBDD, cắt đoạn DI-II, tạo hình (14,3%)

Cắt đoạn DIV, cắt lại DD 14,3%.

Tổng số PT triệt căn 26/30 BN (86,7%); PT Paliative 4/30 BN (13,3%); 2 BN u lympho DIV tá tràng; 1 BN U lympho dạ dày, 1 BN leiomyoma D2 tá tràng.

Biến chứng và TV: Không có TV.

Biến chứng 3 BN Rò (nhóm UTĐT phải xâm lấn TT): 2 BN rò nhỏ <100 ml/24 H, điều trị nội. 1 BN rò thành bên tá tràng mức trung bình (300 ml /ngày) điều trị hút rửa liên tục, nhịn ăn, hết rò sau 30 ngày.

Kết quả giải phẫu bệnh (GPB):

+Nhóm GIST tá tràng (n=6): 5/6 BN (83,3%) kích thước U ≤ 5 cm; 1 BN GIST > 10 cm, vỡ.

Hóa mô miễn dịch (HMMD) 100% < 5/25 HPF

+ Nhóm UTĐT Phải xâm lấn TT (n=10): 70% GĐ IIC (T4bN0M0)

20% GĐ IIIC (T4bN2M0)

10% GD IV (T4BNxM1).

AC.Biệt hóa vừa (BHV) 60% ; AC. Kém biệt hóa (KBH) 30%; AC tuyến nhày 10%; 30% có di căn hạch.

+ Nhóm UTDD xâm lấn TT (n=14): GĐIIb: 7,1%; GĐ IIIa:14,3%; GĐIIb: 42,9%; GĐIIIC: 21,4%; GĐ IV: 7,1% ; U lympho dạ dày: 7,1%.

GĐ II 7,1%; GĐIII 78,7 %, GĐ IV 7,1%; U lympho 7,1%. 100% có di căn hạch.

AC KBH 64,3 %; TB nhầy14,3%; ACBHV 7,1%; AC tế bào nhày7,1% .

+ Nhóm AC tá tràng (n=1): AC.BHV (T2N0M0).

+ Nhóm U lympho TT (n=2): U lympho.

IV. BÀN LUẬN

GIST là khối U trung mô hay gặp nhất của đường tiêu hóa với tỷ lệ mắc 10-15 triệu ca/năm, thường gặp ở lứa tuổi 60, tỷ lệ nam/nữ ngang nhau. Vị trí hay gặp nhất ở dạ dày (DD) chiếm 60-70%, ruột non 25-35%, tá tràng 4,5%, trực tràng 5%, thực quản < 2%, các vị trí khác 5,5%.

Điều trị triệt căn GIST bao gồm phẫu thuật (PT) cắt U nguyên phát với diện cắt đủ rộng, không cần nạo vét hạch (tỷ lệ di căn hạch thấp). Tái phát U

thường do diện cắt R1, vỡ u hay U rò ra.

Tổng kết của Povivanov (2001-2017) trên 426 BN GIST tá tràng: GIST DI 11%, DII 38%, DIII 19%, DIV 41,9%. PT bóc U 35% (151 BN); Cắt khối tá tụy (DPC) 21% (92 BN); Cắt đoạn TT 15% (97 BN), cắt hình chêm 7% (32BN), 51 BN không mô tả. [1]

Lui Z báo cáo 300 ca GIST TT: 66,3% cắt TT hình chêm hay cắt đoạn TT. Các BN có khối U lớn ở D2 được mổ DPC chiếm 33,7% [2].

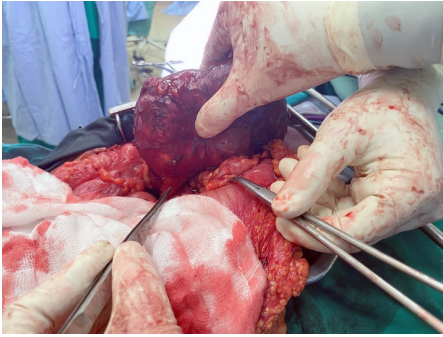
Phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí khối U, kích thước (KT) U hay mức độ xâm lấn các tạng xung quanh. Đối với GIST DI, DII TT trên bóng Vater nên cắt đoạn dạ dày và TT, nối Bilroth 2 hay Roux En Y. Cắt U hình chêm và khâu TT khi khối U nhỏ, ở bờ tự do TT. Cắt đoạn DII, DIII, DIV TT, nối TT-ruột chỉ định cho những UT ở DII-DIII-DIV dưới bóng Vater. Cắt khối tá tụy chỉ định cho UT xâm lấn Bóng Vater hoặc thành TT- đầu tụy. PT cắt đoạn TT hoặc cắt hình chêm được khuyến khích do ít tai biến, biến chứng và kết quả tốt về ung thư [3].

Chúng tôi có 6 ca GIST TT, 100% là GIST dưới bóng Vater: 5/6 BN GIST ở DII dưới bóng Vater, gổ dưới TT (DII-DIII), hoặc DIII; 1 BN khác GIST DIV.

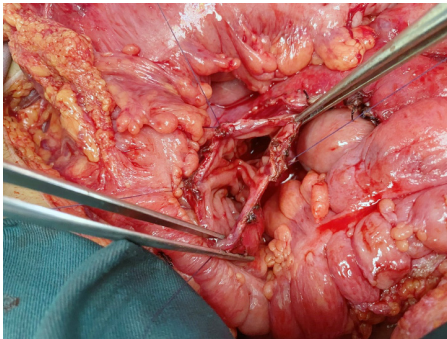
Một BN Kích thước U > 10 cm, đã vỡ ở gổ dưới (Nguyễn Văn H, 34 T); 5 BN khác khối U ≤ 5 cm. Chúng tôi cắt đoạn TT, cắt hang vị và DLM tá tràng 5/6 ca (83,3%). 1 BN GIST DIV được mổ cắt đoạn DIV, nối vị tràng.



Hình 2: GIST gổ dưới vỡ (Nguyễn Văn H, 34 T).



Hình 3: GIST gổ dưới



Hình 4: Cắt đoạn DII-DIII (Nguyễn Văn H, 34 T).

UTĐT phải xâm lấn các tạng chiếm 11-28%. Khi UTĐT phải xâm lấn TT hay đầu tụy, PT cắt ĐTP và cắt đoạn TT hay cắt khối tá tụy có thể đạt diện cắt R0.

Neideida tổng kết 110 ca UTĐT phải có 22 ca UTĐT phải xâm lấn TT hoặc tụy (19%): UTĐT phải góc gan 81%, UTĐT lên 14%, UT mạnh tràng 5%.

PT cắt ĐT phải và DPC 47% (8 BN), cắt ĐT phải palliative 18 % (3 BN) do thủng hoặc chảy máu; 2 BN mổ cắt hang vị và cắt ĐT phải do khối U xâm lấn TT; 4 ca (23,3%) cắt TT hình chêm; 2 BN khâu TT; 1BN nối TT ruột, 1 BN patch có cuống; PT nối tắt 5/22 BN. Kích thước U trung bình (TB) 7,5 cm (3-15 cm), 50% có di căn hạch. [4]

Won suk lee báo cáo 9 BN UTĐT phải xâm lấn TT-đầu tụy: 5/9 BN UT xâm lấn TT, 4/9 BN khối UT xâm lấn đầu tụy (9 BN/3484 UTĐTP: 0,9%). Mổ cắt đoạn TT 55,6% (5 BN), cắt DPC 44,4% (4 BN). KT khối U trung bình (TB) 6,6 cm (3,2-10,7), di căn hạch 3/9 BN (33,3%), không có TV ≤ 30 ngày, thời gian nằm viện TB 18 ngày (15-35).[5]

Chúng tôi có 10 ca UTĐT phải xâm lấn đầu tụy

và hoặc TT: PT palliative 3 BN (30%) trong đó 2 BN cắt ĐT phải và nối vị tràng do khối UT lớn, xâm lấn TT, đầu tụy và gốc mạc treo, di căn gan đa ổ; 1 BN khác được nối tắt hồi ĐT ngang, nối vị tràng do khối UT > 10 cm xâm lấn đầu tụy, TT, gốc mạc treo và bó mạc mạc treo tràng trên (MTTT). Có 3 BN khối UTĐT xâm lấn DII-DIII (gối dưới TT) được cắt ĐT phải, cắt đoạn DII-DIII, cắt hang vị, DLM tá tràng. 1 ca khác tổn thương gối dưới < 50 khẩu kính TT, mổ khâu TT, nối vị tràng, cắt Đt phải. Ca khác BN tuổi cao, khối UTĐT phải gây tắc ruột và apxe vỡ, mổ cắt ĐT phải, cắt TT hình chêm trên Vater, nối vị tràng (Phạm Văn M, 68T). 1 BN khác (Lê Quang C, 72 T) TS đã PT cắt GTBDD do UTDD, có 2 khối UTĐT xích ma và UTĐT P trong đó UTĐT P apxe hóa vỡ, xâm lấn D2 trên-dưới Vater được cắt đoạn xích ma, cắt ĐT phải, cắt TT hình chêm, Dẫn lưu TT, DL đường mật, BN này xuất rò TT được đặt sond hút rửa liên tục, nhịn ăn, nuôi dưỡng TM, dùng octreotide.



Hình 5: Rò TT - UTĐP xâm lấn DII trên và dưới Vater (Lê Quang C.): Hệ thống hút rửa liên tục.

Chúng tôi có 14 ca UTDD xâm lấn TT (bảng 7): PT cắt GTBDD, cắt đoạn DI-DII TT, đóng mồm TT mũi rò 14,3% (2 BN). Có 71,4% (10 BN) UTDD xâm lấn DII sát bóng Vater, PT cắt GTBDD, cắt đoạn DI-DII, DLM tá tràng. 2 BN khác UT miệng nối xâm lấn DIV được cắt lại DD, cắt đoạn DIV nối Roux en Y.

Trước đây UTDD xâm lấn TT được cho là không xảy ra. Rokitansky (1861): UTDD phần xa được môn vị giới hạn và không lan xuống TT. Năm 1967, Paramanadhan báo cáo 20/29 BN (69%) UT hang vị xâm lấn TT. Tỷ lệ UTDD xâm lấn TT

khoảng 15-40%

- Robert E báo cáo 20 ca xâm lấn TT /111 ca UTDD (18%). Các tế bào UT chủ yếu ở lớp cơ và lớp dưới niêm mạc, hiếm khi thấy ở niêm mạc. Về mặt đại thể có 7 BN (6%) UTDD xâm lấn TT. Khối UTDD xâm lấn TT qua môn vị được chẩn đoán qua chụp DD 6 BN (5%). 1 BN có HMV, 2 BN khác TT biến dạng. Chụp DD: 100% (11 BN) tổn thương hang vị, môn vị và hành tá tràng (HTT) liên tiếp nhau. Các biến dạng HTT thay đổi từ các bất thường bờ HTT (4 BN) đến biến dạng HTT (3 ca), đến u sùi vào lòng TT, hẹp TT cho tới bóng Vater. [6]

- Ohta báo cáo 262 UTDD hang vị chia 2 nhóm, nhóm A (65 ca) UTDD xâm lấn TT qua môn vị vs nhóm B (197 ca) UTDD không xâm lấn TT. 100% số bệnh phẩm được phân tích chiều sâu của tổn thương, di căn hạch, thể mô bệnh học, mức độ xâm lấn TT. Ranh giới môn vị TT được xác định bằng tuyến Brunners. Độ dài xâm lấn TT được đo từ môn vị đến diện cắt. Cách thức xâm lấn TT được phân loại gồm: loại khu trú (xâm lấn giới hạn), loại xâm lấn hoặc Lymphatic type. Về lâm sàng nhóm A 45 % HMV: Bụng chướng, buồn nôn, nôn VS nhóm B có 9%. Về đại thể nhóm B có tỷ lệ Mode xâm lấn TT khu trú > nhóm A vs nhóm A có tỷ lệ cao loét thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm cứng. Kích thước U nhóm A $9,7 \pm 3,9$ vs nhóm B $6,9 \pm 3$. Nhóm A 91% UT xâm lấn thanh mạc và thâm nhiễm đầu tụy vs 76 % nhóm B.

25% nhóm A khối UT xâm lấn đầu tụy vs 9% nhóm B. Tỷ lệ di căn hạch nhóm A là 91% vs nhóm B 73 %. Tỷ lệ hạch N3 (nhóm A) 60% vs 36% nhóm B. Tỷ lệ giai đoạn IV nhóm A 68 % vs nhóm B 37%. Tỷ lệ PT triệt căn nhóm A 45 % VS nhóm B 61%. Diện cắt (+) nhóm A 35% vs nhóm B 5%. Tỷ lệ sống 5 năm nhóm A 14% vs nhóm B 43%. Kết luận: xâm lấn TT là yếu tố tiên lượng xấu của UTDD.[7].

UT ruột non chiếm 2% UT đường tiêu hóa. Xuất hiện với tỷ lệ cao nhất là UT hồi tràng, rồi đến tá tràng, hỗng tràng. AC tá tràng chiếm 55,7% AC ruột non. Lâm sàng: đau bụng, buồn nôn, nôn, mệt mỏi. Thiếu máu, vàng da, tắc ruột. [8].

- Chúng tôi có 1 BN AC DII tá tràng: BN nam, 63 T vào viện vì HMV. NSDD u sùi môn vị. Tổn thương: khối UT 3,5-2 cm DI-DII TT thủng vào đầu tụy, xâm lấn sát Vater. PT cắt GTBDD, vét hạch, cắt đoạn DII tràng tá, DLM tá tràng.

V. KẾT LUẬN

6 nhóm tổn thương ác tính tá tràng: GIST tá tràng; UTDD xâm lấn TT; UTĐT phải xâm lấn TT; AC tá tràng; U lympho TT; Leiomyoma TT; Phẫu thuật triệt căn 86,7%; PT Paliative 13,3%. PT cắt đoạn TT, cắt hang vị, DLM tá tràng đạt kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp. Cắt khối tá tụy chỉ định khi ung thư xâm lấn bóng Vater hay thành tá tràng và đầu tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Georgi Popivanov et al.** Surgical Treatment of Gastrointestinal stromal tumor Of the duodenum: A literature review. Translational Gastroenterology and Hepatology 2018, 3 (71): 1-19.
2. **Liu Z, Zheng G, Lui J et al.** Clinicopathological features, surgical strategy and prognosis of duodenal gastrointestinal stromal tumor. A series of 300 patients. BMC cancer 2018, 18: 563
3. **Kheng Tian Lim:** Current surgical management of duodenal gastrointestinal stromal tumor. World Journal of Gastrointestinal Surgery. 2021 27,13 (10):1166-1179.
4. **Nadeida Cojocari et al.** Right- sided colon cancer with invasion of the duodenum or pancreas: A glimpse into experience. Experimetal and Therapeutic Medicine 22:178. 2021.
5. **Won Suk Lee et al.** En Block Resection for Right Colon Cancer invading duodenum or pancreatic head. Yonsei Medical Journal 2009, 50 (6): 803.
6. **Robert E Koehler et al.** Invasion of the duodenum by Carcinoma of the stomach. Am J Roentgerol 128: 201-205, february 1977.
7. **JunJi Ohta et al.** A Clinicopathological Study of Distal Advanced Gastric Carcinoma with Duodenal Invasion. The Kurume Medical Journal Vol 43,p 189-198, 1996.
8. **Jordan M Cloyd, Elizabeth George, Bredan C Visser.** Duodenal adenocarcinoma: Advances in diagnosis and surgical management. World J Gastrointest Surg. 2016 Mar 27; 8(3): 212-221.