

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG ĐÁNH GIÁ TRƯỚC MỔ CẮT KHỐI TÁ TUY VẾT HẠCH CHUẨN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG ĐẦU TUY

Lê Văn Thành¹, Hồ Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của cắt lớp vi tính đa dây trong chẩn đoán giai đoạn và tiên lượng trước phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư vùng đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu tiến hành ở những bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy được phẫu thuật cắt khối tá tụy, vét hạch chuẩn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong khoảng thời gian từ tháng 6/2016 đến tháng 1/2023. **Kết quả:** Cắt lớp vi tính đa dây chẩn đoán khối u với tỷ lệ 95,3%, phát hiện giãn ống tụy ở 75,3% các bệnh nhân, phát hiện các biến đổi giải phẫu động mạch gan với tỷ lệ 20,7% (18,8% động mạch gan chung hoặc động mạch gan phải thay thế hoặc gan phải phụ xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên). Cắt lớp vi tính đa dây chẩn đoán xâm lấn tĩnh mạch với độ nhạy 73,8%, độ đặc hiệu 96,9%, trong chẩn đoán di căn hạch trước mổ có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 53,1% và 63,1%. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính có giá trị cao trong phát hiện khối u, biến đổi giải phẫu động mạch gan cũng như đánh giá xâm lấn mạch máu. Tuy nhiên, ý nghĩa của nó trong đánh giá di căn hạch trước mổ còn nhiều hạn chế.

Từ khóa: cắt lớp vi tính đa dây, cắt khối tá tụy, vét hạch

SUMMARY

THE ROLE OF MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN MEASURING BEFORE PANCREATICOUDENECTOMY WITH STANDARD LYMPHADENECTOMY FOR CANCERS IN PANCREATIC HEAD AREA

Objective: The aim of the study is to evaluate the value of multi-slice computed tomography in grading and prognogis before radical operation treatment of cancers in pancreatic head area. **Subject and method:** A prospective, descriptive study up on patients with cancer in pancreatic head area who underwent pancreaticoduodenectomy with standard lymphadenectomy in Military Centre Hospital 108 from July 2016 to Jan 2023. **Results:** Multi-slice computed tomography discovered the tumors in 95,1%, detects pancreatic ductal dilatation in 75.3% of patients, and detects anatomical variations of hepatic arteries with a rate of 20.7% (common hepatic artery, replacement right hepatic artery or right accessory liver originates from the superior mesenteric artery was obsered in

18.8%). Multi-slice computed tomography diagnosed venous invasion with a sensitivity of 73.8%, a specificity of 96.9%, in the diagnosis of preoperative lymph node metastasis had a sensitivity and specificity of 53.1%, and 63.1% respectively. **Conclusion:** In preoperative diagnosis of cancers at pancreatic head area, multi-slice computed tomography had hight value discovering tumors location and veins invasion, but its ability in meassuring lympho nodes metastasis was limited.

Keywords: multi-slice computed tomography, pancreaticoduodenectomy, lymphadenectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng đầu tụy là một bệnh lý ác tính thường gặp của đường tiêu hóa, bao gồm bệnh lý của đầu tụy, bóng Vater, đoạn thấp ống mật chủ và tá tràng. Trong đó ung thư đầu tụy hay gặp nhất, chiếm khoảng 50-55%; sau đó là ung thư bóng Vater, khoảng 15-25%; ung thư đoạn thấp ống mật chủ và ung thư tá tràng chiếm khoảng 10% [1], [2].

Cắt khối tá tụy vét hạch chuẩn là chỉ định điều trị triệt căn cho nhóm bệnh lý này. Đây là một phẫu thuật lớn, đòi hỏi phẫu tích những cơ quan liên quan tới các mạch máu lớn trong ổ bụng với nhiều miệng nối. Chính vì vậy việc đánh giá tình trạng bệnh trước mổ để tiên lượng khả năng cắt bỏ và những khó khăn có thể gặp phải trong mổ là việc làm vô cùng quan trọng. Với sự ra đời của chụp cắt lớp vi tính (CLVT), đặc biệt CLVT đa dây đã có những tiến bộ đáng kể trong chẩn đoán nhóm bệnh này. Đây là biện pháp rất hiệu quả trong phát hiện khối u, đánh giá xâm lấn mạch máu và di căn xa để tiên lượng phẫu thuật. Tuy nhiên, vai trò của nó trong phát hiện di căn hạch còn nhiều hạn chế [3]. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu xác định vai trò của CLVT đa dây trong đánh giá trước mổ cắt khối tá tụy, vét hạch chuẩn điều trị ung thư vùng đầu tụy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy được cắt khối tá tụy, vét hạch chuẩn tại Bệnh viện TWQĐ 108, từ tháng 6/2016 đến tháng 1/2023.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, tiến cứu

Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng hoặc siêu âm nghi ngờ u vùng đầu tụy được chụp CLVT đa dây đánh giá giai đoạn trước mổ. Phim chụp

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thành
Email: thanhle108@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023
Ngày duyệt bài: 9.5.2023

CLVT đa dây từ 64 lát cắt trở lên có tiêm thuốc cản quang. Hình ảnh lát cắt axial và dựng lại coronal hoặc sagittal khảo sát khối u, kích thước ống tụy, di căn hạch và dựng hình 3D mạch máu để đánh giá xâm lấn bó mạch mạc treo tràng, biến đổi giải phẫu động mạch gan.

Hình ảnh hạch di căn trên CLVT dựa vào các đặc điểm đã được mô tả trong nghiên cứu của Roche (2003) và Dewitt (2004) như: kích thước nhỏ nhất của hạch >10mm, hạch hình tròn, hạch dính với nhau tạo đám và mất tổ chức mỡ rốn hạch.

Bệnh phẩm sau mổ được phẫu tích hạch, đánh giá số hạch di căn ung thư trên tổng số hạch phẫu tích được, diện cắt bó mạch mạc treo tràng trên được đánh dấu để xác định mức độ xâm lấn bó mạch mạc treo tràng.

Biến đổi giải phẫu động mạch theo mô tả của Michels gồm 10 loại.

Xâm lấn tĩnh mạch trên CLVT gồm 4 độ như được mô tả trong nghiên cứu của Mimi Kim và cộng sự (2018) [4]:

- + Độ 0: khối u không dính mạch máu
- + Độ I: khối u tiếp xúc với mạch máu ≤90°
- + Độ II: khối u tiếp xúc với mạch máu >90° và ≤180°
- + Độ III: khối u tiếp xúc với mạch máu >180°

Chẩn đoán xác định xâm lấn tĩnh mạch trên giải phẫu bệnh lý khi diện cắt bó mạch mạc treo tràng còn tế bào ung thư (R1).



Hình 1: Hình ảnh CLVT đa dây dựng hình động mạch trước mổ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 235 trường hợp ung thư vùng đầu tụy được cắt khối tá tụy vét hạch, kết quả nghiên cứu được thể hệ ở các bảng dưới đây.

Bảng 1. Khả năng phát hiện khối u

Vị trí u	Số lượng (n=235)	Tỷ lệ (%)
Đầu tụy	72	30,6
Bóng Vater	89	37,9
Đoạn cuối OMC	58	24,7
Tả tràng	5	2,1
Không xác định	11	4,7

Nhận xét: Trên hình ảnh CLVT hay gặp nhất là u bóng Vater (37,9%), u tả tràng gặp với tỷ lệ 2,1%, CLVT phát hiện khối u 95,3%.

Bảng 2. Kích thước ống tụy trên cắt lớp vi tính trước mổ

Kích thước ống tụy	Số lượng (n = 235)	Tỷ lệ (%)
< 3 mm	58	24,7
3 – 5 mm	142	60,4
> 5 mm	35	14,9

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện giãn ống tụy (75,3%), ống tụy giãn lớn (> 5 mm) gặp với tỷ lệ 14,9%.

Bảng 3. Biến đổi giải phẫu động mạch gan theo Michels

Biến đổi giải phẫu động mạch	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biến đổi GP (Michels 1)	184	78,3
Có động mạch gan phải thay thế (Michels 3)	15	6,4
Có cả động mạch gan phải và trái thay thế (Michels 4)	7	3,0
Có động mạch gan trái phụ (Michels 5)	6	2,5
Có động mạch gan phải phụ (Michels 6)	8	3,4
Có cả ĐM gan phải phụ và ĐM gan trái phụ (Michels 7)	2	0,9
Động mạch gan chung từ động mạch mạc treo tràng trên (Michels 9)	12	5,1
Động mạch lách từ động mạch chủ và cho nhánh vị tả tràng (không phân loại)	1	0,4

Nhận xét: Biến đổi giải phẫu động mạch ở 20,7% bệnh nhân. Động mạch gan (gan chung, gan phải phụ, gan phải thay thế) xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên gặp với tỷ lệ 18,8%. Một trường hợp có biến đổi giải phẫu không trong phân loại của Michels.

Bảng 4. Đặc điểm xâm lấn tĩnh mạch trên CLVT

Mức độ xâm lấn	Số lượng (n = 235)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	198	84,3
Độ I	12	5,1
Độ II	21	8,9
Độ III	4	1,7

Nhận xét: Phần lớn khối u không dính với tĩnh mạch mạc treo tràng trên hay tĩnh mạch cửa (84,3%), Xâm lấn tĩnh mạch độ III gặp với tỷ lệ 1,7%.

Bảng 5. So sánh xâm lấn tĩnh mạch giữa CLVT và GPBL

GPBL \ CLVT	Xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng
Xâm lấn	31	6	37
Không xâm lấn	11	187	198
Tổng	42	193	235

Nhận xét: CLVT chẩn đoán xâm lấn tĩnh mạch với độ nhạy 73,8%, độ đặc hiệu 96,9%, giá trị tiên đoán dương tính 83,8%, giá trị tiên đoán âm tính 94,4%

Bảng 6. So sánh đánh giá di căn hạch (N) với giải phẫu bệnh

GPBL \ CLVT	Di căn hạch	Không di căn hạch	Tổng
Di căn hạch	50	52	102
Không di căn hạch	44	89	133
Tổng	94	141	235

Nhận xét: Độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT trong chẩn đoán di căn hạch lần lượt là 53,1% và 63,1%. Giá trị tiên đoán dương tính và âm tính lần lượt là 49% và 66,9%.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán hình ảnh trước mổ có vai trò quan trọng, giúp đánh giá giai đoạn bệnh cũng như khảo sát các yếu tố tiên lượng cuộc mổ. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chụp CLVT đa dãy trước mổ để đánh giá khả năng cắt bỏ. Kết quả CLVT phát hiện khối u đạt tỷ lệ 95,3%. Trong đó hình ảnh u đầu tụy phát hiện trên CLVT chiếm tỷ lệ 30,6%, ung thư bóng Vater là 37,9%, ung thư đoạn cuối ống mật chủ là 24,7% và ung thư tá tràng 2,1%.

Nghiên cứu của Lê Hồng Kỳ (2010), phần lớn các khối u vùng quanh bóng Vater đồng tỷ trọng so với nhu mô tụy (85,3%), 100% các trường hợp có ngấm thuốc cản quang sau tiêm. Tác giả cũng nhận thấy trong 34 bệnh nhân phát hiện được u trên CLVT: u bóng Vater chiếm 88,2%, u đoạn thấp OMC chiếm 5,9%, u tá tràng quanh bóng Vater chiếm 5,9%. Kết quả nghiên cứu của tác giả cho thấy có sự phù hợp vừa trong chẩn đoán vị trí của u trên CLVT và kết quả phẫu thuật với chỉ số Kappa = 0,6 [5].

Nguyễn Xuân Khái (2013) nhận thấy CLVT đa dãy có độ nhạy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán u tụy lần lượt là 96% và 100% [6].

* **Kích thước ống tụy.** Một chỉ số khá quan trọng giúp tiên lượng cuộc mổ là kích thước ống tụy, ống tụy có kích thước nhỏ hơn 3 mm được xem là yếu tố nguy cơ của rò tụy sau mổ. Trong nghiên cứu, ống tụy được đo ở vị trí dự định cắt cổ tụy (thông thường ở vị trí chính giữa của tĩnh mạch mạc treo tràng trên). Kết quả cho thấy phần lớn các trường hợp ống tụy giãn > 3mm (75,3%).

* **Biến đổi giải phẫu động mạch.** Các biến đổi giải phẫu động mạch gan là một yếu tố khó khăn trong quá trình vét hạch, việc phát hiện trước mổ giúp vét hạch được an toàn hơn. CLVT đa dãy dựng hình động mạch tỏ ra rất có hiệu quả phát hiện các biến đổi giải phẫu trên. Kết quả 235 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu gặp biến đổi giải phẫu động mạch liên quan đến phẫu thuật với tỷ lệ 20,7%. Trong đó hay gặp nhất là động mạch mạc gan phải thay thế xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên – Michels 3 (6,4%), sau đó là động mạch gan chung xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên – Michels 9 (5,1%). Cả hai trường hợp trên đều có nguy cơ tổn thương động mạch gan khi vét hạch cuống gan vì những trường hợp này động mạch gan phải sẽ đi bờ phải cuống gan phía sau tĩnh mạch cửa và đường mật, rất bị tổn thương khi vét hạch vùng này. Đặc biệt, trong nghiên cứu còn gặp một biến đổi giải phẫu động mạch gan không nằm trong phân loại của Michels. Trong trường hợp này, động mạch gan và động mạch vị trái từ 1 thân chung xuất phát từ động mạch chủ bụng, động mạch lách xuất phát trực tiếp từ động mạch chủ bụng và cho nhánh vị tá tràng.

Nicholas Alexakis và cộng sự (2019) nghiên cứu biến đổi giải phẫu động mạch gan ở 232 bệnh nhân được cắt khối tá tụy, vét hạch. Các tác giả nhận thấy, biến đổi giải phẫu gặp ở 35 trường hợp (15,08%), trong đó: 8,19% động mạch gan phải phụ từ động mạch mạc treo tràng trên, 5,06% động mạch gan phải thay thế từ động mạch mạc treo tràng trên, 0,86% động mạch gan trái phụ từ động mạch vị trái, 0,43% động mạch gan chung xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên. Các tác giả nhận thấy các biến đổi giải phẫu này được phát hiện trước mổ nhờ cắt lớp vi tính đa dãy [7].

Cũng có quan điểm tương tự, Sugimachi (2018), nhận thấy động mạch gan phải thay thế hay động mạch gan phải phụ có nguy cơ tổn thương trong quá trình vét hạch trong mổ cắt khối tá tụy. Trong quá trình phẫu thuật có thể phát hiện động mạch này nhờ thao tác sờ phía sau cuống gan. Cũng theo tác giả, động mạch gan trái phụ hoặc động mạch gan trái thay thế đi trong mạc nối nhỏ có nguy cơ tổn thương khi giải phóng dạ dày để cắt hang vị [8].

* **Xâm lấn tĩnh mạch.** Xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa và hội lưu tĩnh mạch là một yếu tố quan trọng để xếp khối u vào giai đoạn có thể cắt bỏ, giai đoạn ranh giới có thể cắt bỏ hay không thể cắt bỏ. Trên hình ảnh CLVT khi khối u dính với tĩnh mạch hơn một

nửa chu vi ($>180^\circ$) hoặc làm hẹp, tắc tĩnh mạch được xếp vào giai đoạn ranh giới có thể phẫu thuật. Ở giai đoạn này nhất thiết phải cắt và tái tạo tĩnh mạch bị xâm lấn. Kết quả nghiên cứu có 15,7% khối u dính tĩnh mạch mạc treo tràng trên hoặc tĩnh mạch cửa, trong đó khối u dính tĩnh mạch $>180^\circ$ gặp ở 4 bệnh nhân với tỷ lệ 1,7%. Đây là những trường hợp bệnh nhân ở giai đoạn ranh giới cắt bỏ, những trường hợp này cần điều trị hóa chất trước mổ, đồng thời quá trình phẫu thuật cần cắt và tái tạo lại tĩnh mạch cửa. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán xâm lấn tĩnh mạch có độ nhạy 73,8% và độ đặc hiệu 96,9%.

Lê Hồng Kỳ (2010), không gặp trường hợp nào xâm lấn mạch máu, tác giả không đánh giá sự tiếp xúc của khối u với tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa trên phim CLVT. Nguyễn Xuân Khải (2013) gặp xâm lấn mạch máu với tỷ lệ 35,1%, tác giả nhận thấy hình ảnh CLVT đánh giá xâm lấn mạch máu có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 95% và độ chính xác 85% [5], [6].

Kaneko và cộng sự (2010) hồi cứu hình ảnh chụp CLVT trước mổ và đánh giá mối liên quan với các chỉ số sau mổ từ đó xác định các chỉ số đánh giá khả năng cắt bỏ khối u vùng đầu tụy. Tác giả nhận thấy CLVT đa dãy tiên lượng khả năng cắt bỏ với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 71%, giá trị tiên đoán dương tính 85%, tiên đoán âm tính 100% và mức độ phù hợp chẩn đoán 89%. [9].

Mimi Kim và cộng sự (2018), nghiên cứu về giá trị của CLVT trong đánh giá xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa. Các tác giả nhận thấy nhóm bệnh nhân ở giai đoạn có thể cắt bỏ gặp hình ảnh CLVT xâm lấn tĩnh mạch với tỷ lệ 33,3%. Trong đó dính tĩnh mạch $\leq 90^\circ$ gặp với tỷ lệ 23,3%, dính $>90^\circ$ và $\leq 180^\circ$ là 8,3%, có 1 trường hợp (1,7%) hình ảnh CLVT cho thấy khối u dính tĩnh mạch $>180^\circ$. Tác giả cũng đưa ra giá trị tiên đoán xâm lấn tĩnh mạch của từng mức độ xâm lấn trên hình ảnh CLVT [4].

***Đánh giá di căn hạch.** Nghiên cứu của Kulkarni và cộng sự (2019) cho thấy hạch lympho có thể quan sát thấy dễ dàng trên phim CLVT đa dãy. Tuy nhiên, mức độ phù hợp chẩn đoán di căn hạch của CLVT dựa trên hình thái và kích thước hạch (trục ngắn $>1\text{cm}$) còn nhiều giới hạn. Trong nghiên cứu của tác giả, nhiều hạch kích thước lớn có kết quả lành tính, trong khi những hạch di căn lại có kích thước nhỏ. Cũng theo tác giả CLVT chẩn đoán di căn hạch có độ chính xác 59,5% và dấu hiệu kích thước hạch $\geq 1,5\text{cm}$ chỉ chẩn đoán được 16,7% các trường

hợp di căn hạch [10].

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 6 cho thấy, CLVT chẩn đoán di căn hạch với độ nhạy 53,1%, độ đặc hiệu 63,1%, giá trị tiên đoán dương tính và âm tính lần lượt là 49% và 66,9%. Kết quả cũng tương tự với các tác giả kể trên, đồng thời kết quả kiểm định Kappa cho thấy CLVT ít phù hợp giải phẫu bệnh trong chẩn đoán di căn hạch.

Ở trong nước có Lê Hồng Kỳ (2010) nhận thấy chẩn đoán hạch trên CLVT có độ nhạy 14,3%, độ đặc hiệu 95,5%, giá trị dự báo dương tính 66,7%, giá trị dự báo âm tính 61,1%, độ chính xác 63,9%. Cũng theo tác giả CLVT có khả năng đánh giá độ lan rộng và xếp loại giai đoạn bệnh tim hạch và di căn xa, giúp phân loại giai đoạn bệnh, khi kích thước hạch trên 10 mm, bờ đa cung, thùy múi, có tỷ trọng tương đương với khối u thì rất gợi ý hạch ác tính. Ở một nghiên cứu khác, Nguyễn Xuân Khải (2013) nghiên cứu CLVT đa dãy đánh giá giai đoạn u đầu tụy trên 57 trường hợp. Tác giả nhận thấy nghiên cứu pháp có độ nhạy 71%, độ đặc hiệu 98%, độ chính xác 85% và giá trị tiên đoán dương tính 83% [5], [6].

Nhược điểm của nghiên cứu trong nghiên cứu khi đánh giá giá trị của hình ảnh CLVT là nghiên cứu chỉ lấy nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh là ung thư. Điều này đã loại bỏ những trường hợp dương tính giả (kết quả phẫu thuật lành tính hoặc trước mổ hình ảnh CLVT có thể phẫu thuật nhưng đánh giá trong mổ lại không thể cắt bỏ). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu cũng giúp khẳng định vai trò của CLVT trong chẩn đoán vị trí khối u trước mổ, đánh giá xâm lấn mạch máu và phát hiện các biến đổi giải phẫu mạch máu có liên quan.

V. KẾT LUẬN

Các kết quả nghiên cứu cho thấy CLVT đa dãy có giá trị cao trong chẩn đoán khối u vùng đầu tụy (95,3%), phát hiện các biến đổi giải phẫu động mạch gan và đánh giá xâm lấn tĩnh mạch. Tuy nhiên, chẩn đoán di căn hạch trước mổ còn là một khó khăn lớn của CLVT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kamisawa, T. and A. Okamoto** (2008), Clinical diagnosis of periampullary carcinoma, in *Diseases of the Pancreas*. Springer. p. 771-777.
2. **Ross, W.A. and M.M. Bismar** (2004), Evaluation and management of periampullary tumors. *Current gastroenterology reports*. 6(5): p. 362.
3. **Barreto, S.G. and J.A. Windsor** (2018), *Surgical diseases of the pancreas and biliary tree*. Springer.
4. **Kim, M., et al.** (2018), Prediction and clinical implications of portal vein/superior mesenteric vein invasion in patients with resected pancreatic

- head cancer: the significance of preoperative CT parameters. *Clinical radiology*. 73(6): p. 564-573.
5. **Lê Hồng Kỳ** (2010), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u vùng bóng Vater. Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
 6. **Nguyễn Xuân Khải, T.C.H.** (2013), Giá trị của chụp cắt với vi tính 64 dãy trong chẩn đoán u đầu tụy. *Y học thực hành*. 837(6): p. 72-74.
 7. **Alexakis, N., et al.** (2019), Variant hepatic arterial anatomy encountered during pancreatoduodenectomy does not influence postoperative outcomes or resection margin status: A matched pair analysis of 105 patients. *Journal of surgical oncology*. 119(8): p. 1122-1127.
 8. **Sugimachi K., B.Y., Iguchi T.** (2018), Surgical anatomy of the pancreas and the Periapillary region, in *Surgery for Pancreatic and Periapillary Cancer*. p. 1-10.
 9. **Kaneko, O.F., et al.** (2010), Performance of Multidetector Computed Tomographic Angiography in Determining Surgical Resectability of Pancreatic Head Adenocarcinoma. *Journal of Computer Assisted Tomography*. 34(5): p. 732-738.
 10. **Kulkarniv, N.M.** (2019), Clinical Staging of Pancreatic Cancer with MDCT and MRI, in *Management of Localized Pancreatic Cancer*. Springer. p. 9-28.

BÁO CÁO NHẬN 1 TRƯỜNG HỢP U CƠ TRƠN BÀNG QUANG ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG NIỆU ĐẠO

Ngô Đậu Quyên^{1,2}, Nguyễn Duy Trí Dũng¹, Mẫn Văn Chung², Nguyễn Thị Thanh Hằng², Võ Văn Minh²

TÓM TẮT

U cơ trơn bàng quang là bệnh lý hiếm gặp, chiếm ít hơn 0,5% tổng số các khối u bàng quang. Bệnh nhân u cơ trơn bàng quang có thể không có triệu chứng, nhưng phần lớn có triệu chứng tắc nghẽn, triệu chứng kích thích, đái ra máu,... Vì u nằm phía trong lớp cơ bàng quang là vị trí phổ biến nhất, nên nội soi cắt u qua đường niệu đạo (TURBT) là phương pháp điều trị chính cho u bàng quang nội mạc nhỏ. Nếu khối u lớn hoặc u ở lớp cơ bàng quang hoặc u ngoài lớp cơ phát triển ra ngoài bàng quang, nên xem xét cắt bỏ một phần khối u hoặc cắt bàng quang bán phần. Điều trị phẫu thuật, khi vết cắt đủ rộng, hầu như luôn rất hiệu quả, để lại tỷ lệ tái phát rất thấp và không có triệu chứng, khẳng định tính chất lành tính của u bàng quang và tiên lượng tốt của chúng. Để bàn luận thêm về triệu chứng lâm sàng cũng như chẩn đoán, phương pháp điều trị, chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng về u cơ trơn bàng quang được phát hiện một cách tình cờ khi đi khám sức khỏe định kỳ.

Từ khóa: bàng quang, u cơ trơn bàng quang, nội soi cắt u qua đường niệu đạo.

SUMMARY

REPORT A CASE OF BLADDER LEIOMYOMA UNDERWENT ENDOSCOPIC TRANSURETHRAL SURGERY

Bladder leiomyomas is a rare disease that represent less than 0.5% of all bladder tumors. Patients with bladder leiomyomas can be asymptomatic, but the majority present with

obstructive symptoms, irritative symptoms, haematuria... As the endovesical is the most common location, TURBT is the mainstay of therapy for small endovesical bladder leiomyoma. If the tumour is large and intramural or extravesical, a segmental resection and partial cystectomy should be considered. Surgical treatment, when the excision is wide enough, is almost always very effective, leaving a very low recurrence rate, and with no symptoms, confirming the benign nature of bladder leiomyomas and their excellent prognosis. To discuss more about the clinical symptoms as well as the diagnosis, treatment of bladder leiomyoma, we present a clinical case of bladder leiomyoma that was accidentally discovered during periodically health examination.

Keywords: bladder, bladder leiomyoma, transurethral resection of bladder tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn bàng quang là loại u trung mô lành tính hiếm gặp và chiếm ít hơn 0,5% của tất cả các khối u bàng quang. Những khối u này xảy ra phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và có mô bệnh học tương tự như u cơ trơn tử cung. Bệnh nhân u cơ bàng quang có thể không có triệu chứng lâm sàng, nhưng hầu hết trong số bệnh nhân có triệu chứng tắc nghẽn và kích thích (lần lượt là 49% và 38%) và tiểu máu (11%) [1]. Sinh lý bệnh những tổn thương này vẫn chưa được biết rõ nhưng có 4 giả thuyết được đưa ra đó là: rối loạn nội tiết tố đặc biệt liên quan đến estrogen; quá trình tạo tế bào như một phần phôi thai của mô nằm trong bàng quang phát triển thành u cơ mạch máu; nhiễm trùng cơ bàng quang dẫn đến viêm và phát triển của khối u; viêm quanh mạch dẫn đến biến đổi nguồn cung cấp mạch máu trong bàng quang gây chuyển sản cơ sau viêm [1]. Phương pháp

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đậu Quyên

Email: ngodauquyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023