

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jenny Bird, Roger Owen, Shirley d'Sa**, (2010). Guidelines on the diagnosis and management of multiple myeloma. British Committee for Standards in Haematology in conjunction with the UK Myeloma Forum, 13 - 15.
2. **Kyle RA, Rajkumar S. Vincent** (2008). Multiple myeloma. *Blood*. 111(6): 2962-2967.
3. **Bạch Quốc Khánh** (2014). Nghiên cứu hiệu quả của ghép tế bào gốc điều trị bệnh đa u tủy xương và u lympho ác tính không Hodgkin. Luận án tiến sĩ y học.
4. **Nguyễn Thị Mai** (2011). Nghiên cứu hiệu quả điều trị Đa u tủy xương bằng bortezomib kết hợp dexamethasone tại Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học 2011
5. **Nguyễn Lan Phương** (2010). Nghiên cứu đặc điểm giai đoạn bệnh theo hệ thống phân loại quốc tế ISS trong bệnh Đa u tủy xương. Luận văn Thạc sĩ Y học.
6. **Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE** (2003). Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Mayo Clin Proc*. 78(1):21-33.
7. **Gunnar Birgegard** (2008). Managing anemia in lymphoma and multiple myeloma. *The Clin Risk Manag*. 4(2): 527-539.
8. **Riccardi A, Gobbi PG, Ucci G** (1991). Changing clinical presentation of multiple myeloma. *Eur J Cancer*. 27(11):1401-5.
9. **Kyle RA and Rajkumar SV** (2009). Criteria for diagnosis, staging, risk stratification and response assessment of multiple myeloma. *Leukemia* 23(1): 3-9.
10. **N Lee, S Y Moon, J-h Lee** (2017). Discrepancies between the percentage of plasma cells in bone marrow aspiration and BM biopsy: Impact on the revised IMWG diagnostic criteria of multiple myeloma. *Blood Cancer J*. 7(2): e530.

VAI TRÒ SINH THIẾT HẠCH LÍNH GÁC DƯỚI HƯỚNG DẪN TECHNETIUM-99M TRONG UNG THƯ DƯƠNG VẬT

Phạm Đức Nhật Minh*, Ngô Xuân Thái**, Bùi Chí Việt***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhận diện hạch lympho (HLG) và độ tương hợp giữa tình trạng di căn HLG và hạch vùng trong ung thư dương vật (UTDV) cN0 nguy cơ cao. **Đối tượng, phương pháp:** mô tả loạt ca 50 trường hợp carcinôm tế bào gai dương vật T2-4 cN0 hay Grad 3 được sinh thiết hạch lympho (STHLG) dưới hướng dẫn của chất đồng vị phóng xạ và so sánh với tình trạng hạch bẹn sau khi nạo. **Kết quả:** Tỷ lệ nhận diện HLG là 100% theo bệnh nhân và 94% theo vùng bẹn. Độ nhạy, đặc hiệu, độ chính xác, tỷ lệ âm tính giả của STHLG lần lượt là 85,7%, 100%, 98,9%, 14,3%. **Kết luận:** kết quả STHLG dưới hướng dẫn Tc-99m có thể chỉ điểm cho tình trạng di căn hạch vùng trong UTDV cN0 nguy cơ cao.

SUMMARY

ROLE OF SENTINAL LYMPH NODES BIOPSY USING TECHNETIUM-99M NANOCOLLOID IN PENILE CANCER

Objective: To evaluate the accuracy of sentinel lymph node biopsy by comparing SLN and regional lymph node metastasis in high risk penile cancer patients. **Patients and methods:** We described a series of 50 cases of cN0 T2-4 or Grad 3 penile cancer patients who underwent SLNB with Tc-99m. **Results:**

*Bệnh viện Ung bướu

**Đại học Y dược TP.Hồ Chí Minh

***Bệnh viện Xuyên Á

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Nhật Minh

Email: pdnminh@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 15.5.2023

The success rate of mapping was 94% by nodal region and 100% by patient. The sensitivity, specificity, accuracy, and false negative rate of Tc-99m SLNB were 85.7%, 100%, 98.9%, and 14.3%, respectively. **Conclusion:** Tc-99m guided SLNB may accurately predict the regional lymph node metastasis in penile cancer patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dương vật (UTDV) là loại bệnh có diễn tiến tại chỗ tại vùng với hạch bẹn thường là vị trí di căn đầu tiên. Hiện nay, việc chẩn đoán tình trạng hạch bẹn trước phẫu thuật vẫn còn là một thách thức dù có những tiến bộ của CT scan, MRI, PET scan, FNA dưới hướng dẫn siêu âm. Nhưng vào thời điểm chẩn đoán, chỉ có khoảng 25% BN có di căn hạch bẹn. Do đó nạo hạch bẹn thường quy thì một số lượng đáng kể bệnh nhân (BN) sẽ bị nạo hạch bẹn vô ích. Trong khi đó, phẫu thuật này vẫn để lại nhiều biến chứng và di chứng, kể cả nạo hạch bẹn qua phẫu thuật nội soi hay nội soi hỗ trợ rô-bô. Ngược lại, thực hiện chiến lược "chờ và xem" thì cũng sẽ bỏ sót hạch bẹn bị di căn âm thầm không điều trị và dẫn tới tiên lượng xấu, chưa kể đến nhiều trường hợp BN quay lại với tình trạng hạch bẹn dính khăn, không thể phẫu thuật, để lại niềm rày rứt trong lòng nhân viên y tế. Ngoài ra, phẫu thuật nạo các hạch mới bị di căn, nhất là khi chỉ bị di căn vị thể, đã giúp cải thiện thời gian sống còn đáng kể so với khi nạo hạch di căn rõ trên lâm sàng.

Việc nạo hạch theo yếu tố nguy cơ như

hướng dẫn của hiệp hội niệu khoa châu Âu EAU¹ hay NCCN² cũng dẫn đến việc nạo hạch không cần thiết ở một số lớn BN. Một lựa chọn khác mà các hướng dẫn này đề xuất là sinh thiết HLG. Kỹ thuật này dựa trên giả thuyết lan tràn tế bào ung thư đường bạch huyết theo từng bước. Không có tế bào ung thư ở những hạch đầu tiên trong đường dẫn lưu bạch huyết từ bướu có ý nghĩa rằng không có lan tế bào bướu ra hạch vùng. Do đó, chỉ cần nạo hạch vùng khi có bằng chứng di căn HLG³.

Tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về STHLG trong UTDV dưới hướng dẫn của Tc-99m. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với câu hỏi nghiên cứu là trong điều kiện thực tế tại bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh hiện nay, giá trị chẩn đoán hạch vùng của kỹ thuật này ra sao? Với các mục tiêu sau đây:

(1) Xác định tỷ lệ nhận diện HLG.

(2) Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác, tỷ lệ âm tính giả của STHLG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

***Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN UTDV chưa điều trị đặc hiệu, được xác định bằng giải phẫu bệnh là Carcinôm tế bào gai xâm lấn, có giai đoạn cN0 nguy cơ cao (T2-4 hay Grad 3), đồng ý tham gia nghiên cứu nhập viện tại bệnh viện Ung bướu từ 01/01/2018 cho đến khi đủ mẫu.

Định nghĩa cN0:

- Khám lâm sàng và siêu âm không có hạch bẹn.
- Hoặc khám lâm sàng có hạch bẹn kết hợp siêu âm không nghi ngờ di căn.
- Hoặc lâm sàng hay/và siêu âm nghi ngờ di căn hạch bẹn nhưng FNA dưới hướng dẫn siêu âm không có bằng chứng di căn.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN có bằng chứng giải phẫu bệnh di căn hạch vùng trước phẫu thuật.
- BN có di căn xa.
- BN đã được điều trị bệnh lý ung thư bất kỳ trước đó.
- BN có phẫu thuật hay xạ trị trước ở bẹn.
- BN có tiền căn dị ứng với thuốc Tc-99m nanocolloid.
- BN có chống chỉ định phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Tiền cứu, báo cáo loạt ca.
- Cỡ mẫu: được tính theo công thức

$$n \geq \frac{C^2 \cdot f(1-f)}{\varepsilon^2}$$

- Theo tác giả Leijte³, tỷ lệ phát nhận diện

HLG là 97% ($f = 0,97$).

- Sai số cho phép là 5% ($\varepsilon = 0,05$).
- $n \geq 44,7$. Chúng tôi chọn 50 BN

3. Quy trình lựa chọn bệnh:

• BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, được giải thích tình trạng bệnh lý và đồng ý tham gia nghiên cứu.

• BN được khám lâm sàng đánh giá tình trạng hạch vùng, làm các xét nghiệm tiền phẫu thường quy kèm siêu âm hạch bẹn hai bên bởi chuyên gia siêu âm.

• Nếu có hạch bẹn nghi ngờ di căn trên lâm sàng hay siêu âm thì thực hiện FNA dưới hướng dẫn siêu âm.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán nghi ngờ di căn hạch vùng trên lâm sàng khi có 1 hay nhiều yếu tố: kích thước ≥ 3 cm, tròn, sưng, kém di động.

- Tiêu chuẩn siêu âm nghi ngờ hạch bẹn di căn: FNA có chỉ định khi có 1 hay nhiều yếu tố sau đây: tròn (trục ngắn/trục dài < 2), mất rốn hạch, hoại tử, bất thường tưới máu khi dùng Doppler.

• Nếu FNA (+) sẽ được NHB tận gốc và loại trừ khỏi nghiên cứu.

• Vẽ bản đồ bạch huyết với xạ hình mạch lymphô kết hợp đầu dò phóng xạ cầm tay, thực hiện vào buổi chiều trước ngày phẫu thuật tại khoa Y học hạt nhân.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán hạch nóng: phát tín hiệu âm thanh, vùng tăng hấp thu được chất phóng xạ cách rời chỗ tiêm, có số đếm ít nhất là 25 trong tối thiểu 10 giây, tỷ lệ số đếm HLG với số đếm hạch khác là trên 10.

• Kỹ thuật phẫu thuật STHLG kết hợp sử dụng đầu dò phóng xạ cầm tay được tiến hành trước khi điều trị bướu nguyên phát, qua đường mổ nhỏ vùng bẹn, cắt lạnh khảo sát vi di căn và do 2 phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện, đánh giá tiêu chuẩn kỹ thuật từng ca.

• Sau đó phẫu thuật NHB 2 bên. Tất cả hạch vùng 2 bên được phẫu thuật viên cắt lọc, gửi giải phẫu bệnh khảo sát vi di căn \pm hóa mô miễn dịch để làm đối chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 50 trường hợp thỏa mãn điều kiện được nhận vào NC

1. Đặc điểm LS, CLS, bệnh học nhóm BN khảo sát

Bảng 1: Đặc điểm nhóm BN

Hạch bẹn / lâm sàng	Số bẹn (Tỷ lệ)	Số BN (Tỷ lệ)
Tuổi trung bình 54,1 \pm 12,9 tuổi		
Hẹp da quy đầu		37 (74%)
Thừa cân – béo phì		10 (20%)

Kích thước bướu trung bình 3,9 ± 1,2 cm		
Bướu ăn lan kiểu thẳng đứng		16 (32%)
Hạch bẹn nghi di căn/lâm sàng	17 (17%)	12 (24%)
Hạch bẹn nghi ngờ/siêu âm	43 (43%)	29 (58%)
cT2		32 (64%)
cT3		18 (36%)
Grad 1		45 (90%)
Grad 2		5 (10%)
Tổng	(100%)	50 (100%)

-100% BN đều phát hiện được hạch nóng trên xạ hình mạch lymphô với 88% có hạch nóng ở cả 2 bên bẹn, 12% có hạch nóng 1 bên bẹn. Do đó, tỷ lệ nhận diện hạch nóng là 100% BN và 94% vùng bẹn.

-Trung bình mỗi vùng bẹn có 1,25 hạch nóng phát hiện được trên SPECT nhưng có 1,55 HLG sinh thiết được ngày phẫu thuật.

2. Đặc điểm HLG sinh thiết lúc phẫu thuật. Thời gian trung bình để STHLG là 31,3 ± 5,6 phút (20 – 45 phút)

Kích thước HLG trung bình: 12,6 ± 3,5 mm (5 - 25 mm)

Bảng 2: Vị trí HLG

Vị trí	Tổng (Tỷ lệ %)
¼ trên trong	143 (92,3%)
¼ trên ngoài	5 (3,2%)
¼ dưới trong	1 (0,7%)
¼ dưới ngoài	0 (0%)
Trung tâm	0 (0%)
Hạch chậu	6 (3,9%)
Tổng	155 hạch

Bảng 3: Kết quả giải phẫu bệnh HLG

HLG	Số bẹn (Tỷ lệ %)	Số BN (Tỷ lệ %)
Không di căn HLG	94 (94%)	45 (90%)
Di căn HLG	6 (6%)	5 (10%) *
Tổng	100 (100%)	50 (100%)

Ghi chú *: có 01 BN có di căn HLG 2 bên bẹn,

3. Kết quả tình trạng hạch vùng. Số hạch vùng trung bình nạo được cho mỗi BN 18,26 ± 2.58 hạch (11 – 22 hạch)

Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh hạch vùng

Hạch vùng	Số bẹn (Tỷ lệ %)	Số BN (Tỷ lệ %)
Không di căn hạch vùng	93 (93%)	44 (88%)
Di căn hạch vùng	7 (7%)	6 (12%) *
Tổng	100 (100%)	50 (100%)

Ghi chú *: có 01 BN có di căn 3 hạch vùng 2 bên bẹn,

1 bẹn có di căn hạch khác HLG mà HLG

không di căn

1 bẹn có di căn hạch khác HLG mà HLG có di căn 2 bên

4. Sự tương hợp giữa tình trạng di căn HLG và di căn hạch vùng

Bảng 5: Giá trị của STHLG

	Hạch bẹn (+)	Hạch bẹn (-)	Tổng
HLG (+)	6	0	6
HLG (-)	1	87	88
Tổng	7	87	94

Độ nhạy STHLG: 6/7 = 85,7%

Độ đặc hiệu STHLG: 87/87 = 100%

Giá trị tiên đoán âm STHLG: 87/88 = 98,9%

Độ chính xác STHLG: 6+87/94 = 98,9%

Tỷ lệ âm tính giả STHLG: 1/7 = 14,3%

IV. BÀN LUẬN

1. Về tiêu chuẩn chọn mẫu: Nhiều nghiên cứu khảo sát HLG trong UTDV tại các nước Âu Mỹ lựa chọn BN có hạch bẹn không sờ chạm. Tuy nhiên tại Việt Nam, thường BN có hạch bẹn sờ chạm trên lâm sàng. Chính vì lý do này, chúng tôi quy định cN0 là những trường hợp không có bằng chứng di căn hạch trên giải phẫu bệnh dựa trên khám lâm sàng và siêu âm thường quy, nếu nghi ngờ thì FNA/siêu âm.

Ngoài ra, một nguyên nhân dẫn tới thất bại kỹ thuật này là hiện tượng bít tắc và tái phân bố đường dẫn lưu bạch huyết do bướu di căn HLG. HLG thật đã bị bỏ qua và chất phóng xạ dẫn tới hạch khác làm cho hạch này được chẩn đoán nhầm như là HLG. Tái phân bố đường dẫn lưu thường thấy ở BN có hạch di căn và thường phát hiện được trên siêu âm. Do đó, FNA dưới hướng dẫn siêu âm được thực hiện thường quy những hạch nghi ngờ và nếu có bằng chứng di căn thì BN được loại khỏi nghiên cứu.

2. Tỷ lệ phát hiện HLG

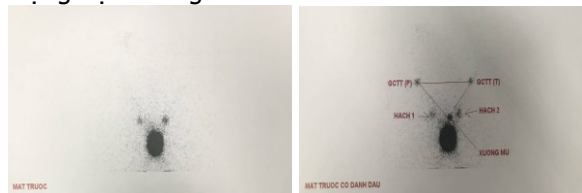
2.1. Trên xạ hình mạch lymphô. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ phát hiện hạch nóng trên xạ hình mạch lymphô là 100% theo BN và 94% theo vùng bẹn.

Như vậy, tỷ lệ phát hiện hạch nóng của chúng tôi rất cao, tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới như của Lee⁴ là 100%, Leijte³ 89,7%, Omorphos⁵ 95,2%.

Đa số vùng bẹn phát hiện được 1 hạch nóng với số hạch nóng trung bình phát hiện được là 1,25 hạch/ bẹn nhưng sinh thiết được 1,55 hạch/ bẹn.

Trong quá trình NC, chúng tôi nhận thấy xạ hình mạch lymphô chỉ cho kết quả 2 chiều trước sau, ghi nhận "vùng nóng" mà không xác định chính xác số lượng hạch tại "vùng nóng" đó. 1 "vùng nóng" trên xạ hình nhưng có thể phát hiện

nhều "hạch nóng" khi phẫu thuật. Thời gian gần đây, tại các nước tiên tiến, có thể dùng SPECT-CT scan, giúp phát hiện chính xác vị trí và số lượng hạch nóng.



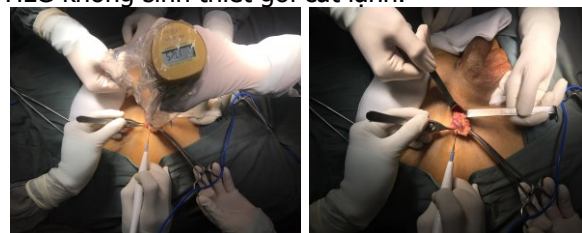
Hình 1: Xạ hình mạch lymphô hình A (mặt trước, chưa đánh dấu) và hình B (mặt trước, có đánh dấu) của BN Nguyễn Ngọc T. SHS: 22155/18

2.2. Trong lúc phẫu thuật: Điều quan trọng là phải xác định đúng HLG và đủ HLG cần phải sinh thiết. Để xác định đúng HLG, với công cụ đặc lực là đầu dò phóng xạ cầm tay, chúng tôi nhận thấy dễ dàng xác định hạch nóng với các tiêu chuẩn theo Whitman 6:

- Phát tín hiệu âm thanh.
- Vùng tăng hấp thu được chất phóng xạ cách rời chỗ tiêm.

- Có số đếm ít nhất là 25 trong tối thiểu 10 giây.
- Tỷ lệ số đếm HLG trên hạch khác là trên 10.

Nhưng để xác định đã sinh thiết đủ HLG, bắt buộc phẫu thuật viên phải rà tìm nèn bẹn sau khi sinh thiết gỡ cắt lạnh để không bỏ sót hạch nóng. Đồng thời, chính phẫu thuật viên phải cắt lọc bệnh phẩm hạch bẹn nạo được để đo lại số đếm tất cả các hạch bẹn đã nạo được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào có hạch bẹn nạo được đủ tiêu chuẩn là hạch nóng còn sót sau khi sinh thiết, chứng tỏ trong nghiên cứu, không có trường hợp nào bỏ sót HLG không sinh thiết gỡ cắt lạnh.



Hình 2: Số đếm HLG sau khi bộc lộ qua đường mổ nhỏ vùng bẹn P dựa vào đầu dò phóng xạ cầm tay (BN Phạm Trung K. SHS: 36958/18)



Hình 3: Ghi nhận lại số đếm hạch nóng và hạch

bình thường vùng bẹn 2 bên (BN Nguyễn Văn S., SHS: 10487/18)

3. Vị trí HLG. Trong nghiên cứu này, HLG đa số nằm ở vị trí ¼ trên trong với 92,26%. 3,23% ở ¼ trên ngoài, 0,85% ở ¼ dưới trong. Đặc biệt có 3,87% HLG nằm ở vị trí hạch chậu.

Theo Omorphos 7 HLG nằm chủ yếu ở vị trí phía trên với tỷ lệ nhóm 1,2,5 lần lượt là 45%, 38,2% và 13%. Tuy nhiên cũng có 3% HLG nằm ở vị trí nhóm 4 và 0,8% ở nhóm 3.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc biệt có 3,87% HLG nằm ở vị trí hạch chậu. Điều này dường như không phù hợp với các nghiên cứu lâm sàng khác khi cho rằng không có di căn hạch chậu mà bỏ qua hạch bẹn trong UTDV.

Theo các nghiên cứu cơ bản của Dewire về giải phẫu bạch huyết, dẫn lưu lymphô từ quy đầu thường dẫn lưu trực tiếp vào hạch bẹn nông. Tuy nhiên, hai đường lymphô khác của quy đầu xuất phát từ đám rối trước xương mu hoặc trực tiếp từ quy đầu, một đường lymphô đi về phía ống đùi đến các hạch bẹn sâu, đường lymphô khác đi dọc theo ống bẹn đến các hạch nông nhất của chuỗi hạch chậu ngoài. Như vậy, dẫn lưu lymphô từ quy đầu có thể đến hạch bẹn sâu hoặc thậm chí hạch chậu mà không qua hạch bẹn nông. Như vậy, khi HLG nằm ở vị trí hạch chậu thì vẫn phù hợp với nghiên cứu cơ bản của Dewire.

4. Sự tương hợp giữa STHLG và hạch vùng: Câu hỏi chính là liệu HLG không bị di căn thì hạch vùng chưa bị di căn hay không? Một công cụ quan trọng là độ âm tính giả (1 – độ nhạy) tức là không di căn HLG trên nhuộm HE nhưng có di căn hạch khác vùng bẹn (di căn hạch khác không phải HLG).

Độ nhạy của NC này là 85,7% (âm tính giả 14,3%), tuy có thấp hơn của Lam (92%), O'Brien (90.5%) – những tác giả thực hiện kỹ thuật này lâu năm – nhưng cao hơn của Leijte 3 (80,8%) và tương tự như của tác giả Kirrander 9 (85%).

Tại các trung tâm chuyên sâu, độ âm tính giả thấp nên theo hướng dẫn hiệp hội Nội khoa châu Âu và NCCN từ 2009, khi không có di căn HLG qua sinh thiết động HLG thì không cần nạo hạch vùng trong UTDV.

Trong ung thư vú hiện nay, khi di căn HLG tối thiểu giai đoạn sớm thì có thể không cần nạo hạch vùng. Từ đó cho thấy HLG không chỉ còn là chỉ điểm cho tình trạng di căn hạch vùng mà còn là chỉ dấu cho điều trị toàn thân. Tuy nhiên, trong UTDV, theo De Vries 10, khi có di căn HLG

thì có 16% hạch vùng bị di căn thêm ngoài HLG và hiện chưa thể bỏ NHB sau đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1/6 trường hợp (16,7%) có di căn hạch khác HLG khi HLG bị di căn.

V. KẾT LUẬN

1/ Tỷ lệ nhận diện HLG lúc phẫu thuật: 100% BN, 94% ben.

Vị trí HLG thường gặp nhất là ¼ trên trong chiếm 92,3%, có 3,9% ở vị trí hạch chậu.

2/ Giá trị của STHLG dưới hướng dẫn của Tc-99m khá cao:

Độ nhạy STHLG: 85,7%.

Độ đặc hiệu STHLG: 100%.

Giá trị tiên đoán âm STHLG: 98,9%.

Tỷ lệ âm tính giả STHLG: 14,3%.

Độ chính xác STHLG: 98,9%.

Do đó tình trạng HLG có thể chỉ điểm cho tình trạng hạch vùng trên BN ung thư dương vật cN0 nguy cơ cao.

KIẾN NGHỊ

Áp dụng kết quả sinh thiết hạch lách gác dưới hướng dẫn Tc-99m trên BN ung thư dương vật cN0 nguy cơ cao tại các trung tâm chuyên sâu: không cần nạo hạch vùng khi hạch lách gác không bị di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hakenberg. OW CE, Minhas. S.** EAU Guidelines on Penile Cancer. European Association of Urology. 2022. Updated 2022. 2023. <https://uroweb.org/guidelines/penile-cancer>
2. **Flaig. T, Spiess PE.** NCCN Guidelines Penile Cancer Version 1.2023. 2023.

3. **Leijte JA, Kroon BK, Valdes Olmos RA, Nieweg OE, Horenblas S.** Reliability and safety of current dynamic sentinel node biopsy for penile carcinoma. *Eur Urol.* Jul 2007;52(1):170-7. doi:10.1016/j.eururo.2007.01.107
4. **Lee EWC, Issa A, Oliveira P, et al.** High diagnostic accuracy of inguinal ultrasonography and fine-needle aspiration followed by dynamic sentinel lymph node biopsy in men with impalpable and palpable inguinal lymph nodes. *BJU international.* Sep 2022;130(3):331-336. doi:10.1111/bju.15700
5. **Omorphos S, Saad Z, Arya M, et al.** Feasibility of performing dynamic sentinel lymph node biopsy as a delayed procedure in penile cancer. *World journal of urology.* Mar 2016;34(3):329-35. doi:10.1007/s00345-015-1577-5
6. **Whitman G, AlHalawani R, N K, R K.** Sentinel Lymph Node Evaluation: What the Radiologist Needs to Know. *Diagnostics.* 2019;9(12):12.
7. **Omorphos S, Saad Z, Kirkham A, et al.** Zonal mapping of sentinel lymph nodes in penile cancer patients using fused SPECT/CT imaging and lymphoscintigraphy. *Urologic oncology.* 2018;36(12):530.e1 - 530.e6.
8. **O'Brien JS, Teh J, Chen K, Kelly B, Chee J, Lawrentschuk N.** Dynamic Sentinel Lymph Node Biopsy for Penile Cancer: Accuracy is in the Technique. *Urology.* Mar 11 2022;doi:10.1016/j.urology.2022.02.014
9. **Kirrandar P, Andren O, Windahl T.** Dynamic sentinel node biopsy in penile cancer: initial experiences at a Swedish referral centre. *BJU international.* Mar 2013;111(3 Pt B):E48-53.
10. **de Vries HM, Lee HJ, Lam W, et al.** Clinicopathological predictors of finding additional inguinal lymph node metastases in penile cancer patients after positive dynamic sentinel node biopsy: a European multicentre evaluation. *BJU international.* Jul 2022;130(1):126-132. doi:10.1111/bju.15678

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN DII TÁ TRÀNG ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST) DII TÁ TRÀNG DƯỚI BÓNG VATER

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) DII tá tràng dưới bóng Vater. 2. Kết quả phẫu thuật cắt đoạn DII dưới bóng Vater. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** + Đối tượng NC: Những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u mô

đệm đường tiêu hóa (GIST) DII tá tràng dưới bóng Vater, được điều trị phẫu thuật cắt đoạn DII hoặc cắt đoạn DII-DIII tại bệnh viện K. + Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu (từng trường hợp). + Thời gian: 1/2022 - 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Có 3 bệnh nhân, 2BN nam (1BN 38T, 1BN 50T), 1BN nữ (66T). + Biểu hiện lâm sàng: Cả 3BN đều có đau bụng, gầy sút, 2BN có hẹp tá tràng (đau bụng, nôn), 1BN có triệu chứng vỡ U (Đau bụng, bụng chướng, thiếu máu, CLVT có nhiều dịch ổ bụng). + Nội soi dạ dày (NSDD): 2BN thấy u lồi vào lòng DII gây hẹp (U dưới niêm mạc), 1BN soi chỉ có loét HTT. + CLVT: 3BN có U nằm vị trí DII tá tràng, 2BN có giãn DII tá tràng. Phẫu thuật: 1BN được cắt U - cắt đoạn DII dưới bóng Vater (BN 3) nối DII - nối dưới tá tràng tận tận 2 lớp, cắt hang vị, dẫn lưu mòm tá tràng, nối vị tràng. 2 BN

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023