

tương quan tuyến tính nghịch biến giữa áp lực ĐMP và chỉ số TAPSE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Groff P, Petrelli G, Giorgini P, Pilotti R, Parato VM, Fabbri A.** Clinical heterogeneity of a population of patients admitted to the Emergency Department with a diagnosis of COPD-exacerbation: Relevance of cardiovascular comorbidities. *Emerg Care J.* 2021;17(1). doi:10.4081/ecj.2021.9502
2. **Agusti A, Calverley PM, Celli B, et al.** Characterisation of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort. *Respir Res.* 2010;11(1):122. doi:10.1186/1465-9921-11-122
3. **Alvar Agusti, Richard Beasley, Bartolome R. Celli, et al.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2020 REPORT. Published 2020. Accessed October 8, 2020. <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-Pocket-Guide-2020-final-wms.pdf>
4. **Ngô Quý Châu.** Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. In: *Bệnh Học Nội Khoa. Vol Tập 1.* ; 2020:trang 20-49.
5. **Gupta NK, Agrawal RK, Srivastav AB, Ved ML.** Echocardiographic evaluation of heart in chronic obstructive pulmonary disease patient and its co-relation with the severity of disease. *Lung India Off Organ Indian Chest Soc.* 2011; 28(2):105-109. doi:10.4103/0970-2113.80321
6. **Gut-Gobert C, Cavallès A, Dixmier A, et al.** Women and COPD: do we need more evidence? *Eur Respir Rev.* 2019;28(151). doi:10.1183/16000617.0055-2018
7. **Landis SH, Muellerova H, Mannino DM, et al.** Continuing to Confront COPD International Patient Survey: methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012-2013. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;9:597-611. doi:10.2147/COPD.S61854
8. **Van Minh H, Giang KB, Ngoc NB, et al.** Prevalence of tobacco smoking in Vietnam: findings from the Global Adult Tobacco Survey 2015. *Int J Public Health.* 2017;62(Suppl 1):121-129. doi:10.1007/s00038-017-0955-8
9. **Vanfleteren LEGW, Spruit MA, Groenen M, et al.** Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187(7):728-735. doi:10.1164/rccm.201209-1665OC
10. **Ongel EA, Karakurt Z, Salturk C, et al.** How do COPD comorbidities affect ICU outcomes? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;9:1187-1196. doi:10.2147/COPD.S70257

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U ĐẶC GIÁ NHÚ CỦA TUY Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG: NHÂN 15 TRƯỜNG HỢP

Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹, Nguyễn Công Sơn¹,
Trần Đức Tâm¹, Nguyễn Thọ Anh¹, Trần Xuân Nam¹, Phan Hồng Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u đặc giá nhú của tụy ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu 15 bệnh nhân được chẩn đoán u đặc giá nhú tụy, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/2021 đến 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh ở trẻ em là 10,8 ± 2 (8-15 tuổi), chủ yếu gặp ở trẻ nữ (93,4%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng thượng vị và hạ sườn trái (86,6%), sờ thấy khối vùng bụng (6,6%), không có triệu chứng (6,6%). Đặc điểm cắt lớp vi tính thấy u phân bố ở đầu tụy 7/15 bệnh nhân (46,7%), ở thân đuôi tụy 8/15 bệnh nhân (53,3%); kích thước trung bình của u 4,7 ± 0,5 cm (2,3-9,7 cm); cấu trúc u dạng hỗn hợp chiếm chủ yếu 13/15 bệnh nhân (86,7%). Tất cả bệnh nhân của

chúng tôi đều được phẫu thuật mổ mở, trong đó: cắt khối tá tụy 1/15 (6,6%), cắt u đầu tụy bảo tồn tá tràng 6/15 (40%), cắt tụy trung tâm 3/15 (20%), cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách 4/15 (26,6%) và cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách 1/15 (6,6%). 7/15 bệnh nhân (46,7%) được làm HMMD kháng định u đặc giá nhú. Tất cả 15 bệnh nhân được khám lại định kỳ, không có trường hợp nào tái phát sớm, tử vong sau mổ. **Kết luận:** U đặc giá nhú là một khối u hiếm gặp của tụy, mức độ ác tính thấp, khả năng xâm lấn ít, tỷ lệ di căn và tái phát thấp vì vậy đối với trẻ em phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: U đặc giá nhú của tụy, trẻ em.

SUMMARY

RESULTS SURGICAL TREATMENT FOR SOLID PSEUDOPAPILARY NEOPLASMS OF PANCREAS IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL: A REPORT OF 15 CASES

Objectives: Evaluate results surgical treatment for solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas in children at Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and methods:** A case-series study on 15 patients diagnosed with SPN who were operated at

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Sơn

Email: drson.nhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023

Vietnam National Children's Hospital from January 2021 to December 2022. **Results:** The mean age of SPN was 10,8 ± 2 years old (range, 8 – 15 years). Among 15 patients; 14 (93.3%) were females. The most common symptom was abdominal pain (86,6%), palpable tumor (6,6%), no symptom (6,6%). The abdominal CT signs included the tumor in head of pancreas (46,7%) and body and tail of the pancreas (53.3%), mixed density structure 13/15 (86,7%) and mean diameters of SPN was 4,7 ± 0,5cm (range, 2.3 – 9.7cm). All of our patients had been through open surgery, in which: pancreaticoduodenectomy was done in 1 case (6,6%), pancreatectomy with preservation of the duodenum in 6/15 cases (40%), central pancreatectomy in 3/15 cases (20%), pancreatectomy combined with splenectomy 4/15 cases (26,6%) and pancreatectomy with preservation of the spleen surgery was held in 1 case (6,6%). 7/15 of patients (46,7%) had IHC to confirm SPN. All of them took follow-up examination after the surgery, there was no dead or sign of tumor relapse. **Conclusion:** SPN is a rare exocrine pancreatic tumor. The cancer grade is usually low, the rate of spreading or metastasis and recurrence is low, so for children, curative surgery with maximal preservation of organ function is the safe and effective treatment.

Keywords: Solid pseudopapillary neoplasms of pancreas, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U đặc giả nhú của tụy (Solid pseudopapillary neoplasms - SPN) là một khối u tụy ngoại tiết hiếm gặp, chiếm khoảng 1% trong u tụy [1]. Năm 1927, lần đầu tiên u đặc giả nhú ở tụy được phát hiện ra bởi Gruber Frantz và năm 1959 tác giả đã mô tả chi tiết về bệnh học của tổn thương này.

Bệnh thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, hiếm gặp ở trẻ em. Ngày nay, do sự phát triển của y học, tỷ lệ phát hiện UĐGN ở trẻ em ngày càng gia tăng. Bệnh thường khó được chẩn đoán do triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thường không đặc hiệu, các xét nghiệm máu thông thường không có giá trị trong chẩn đoán. Chẩn đoán trước phẫu thuật dựa vào CT hoặc MRI và tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học. Phẫu thuật là lựa chọn điều trị cơ bản cho nhóm bệnh lý này với thời gian sống thêm sau mổ dài.

Vì vậy trong báo cáo này, chúng tôi muốn đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị u đặc giả nhú của tụy ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán u đặc giả nhú của tụy, được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương, có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định u đặc giả nhú của tụy trong thời gian từ 01/2021 đến 12/2022.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh.

Phương pháp thu thập số liệu:

Thông tin bệnh nhân được thu thập theo quy trình sau:

- Lựa chọn tất cả bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là u đặc giả nhú của tụy tại khoa giải phẫu bệnh.
- Bổ sung thông tin tương ứng của bệnh nhân tại khoa lâm sàng.
- Lấy mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng lưu trữ hồ sơ.
- Kiểm tra thông tin hồ sơ đầy đủ.
- Thu thập số liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Mỗi bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Tổn thương ở tụy và có kết quả giải phẫu bệnh là UĐGN tụy.
- Cả hai giới nam và nữ, mọi lứa tuổi.
- Được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian nghiên cứu.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án với lâm sàng và kết quả cận lâm sàng, biên bản phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thể mô bệnh học không gặp ở tụy.
- Những bệnh nhân không còn tiêu bản lưu trữ.
- Nhưng bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, không có kết quả giải phẫu bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2021 đến 12/2022 có 15 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân; được đưa vào nghiên cứu trong với kết quả như sau:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		N	%
Giới tính	Nam	1	6,6
	Nữ	14	93,4
Lâm sàng	Đau bụng	13	86,6
	Sờ thấy u	1	6,6
	Buồn nôn, nôn	1	6,6
	Tình cờ phát hiện u	1	6,6

Trong số 15 bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ Nam/Nữ: 1/14, tuổi trung bình 10,8 ± 2(8-15 tuổi).

Triệu chứng đau bụng thượng vị và hạ sườn trái gặp ở hầu hết số bệnh nhân (86,6%), sờ thấy u (6,6%), có 1 bệnh nhân tình cờ phát hiện u khi đi khám sức khoẻ định kỳ.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		N	%
Cắt lớp vi tính	Vị trí	Đầu tụy	7 46,6
		Thân tụy	3 20
		Đuôi tụy	1 6,6

	Cấu trúc	Thân và đuôi tụy	4	26,6
		Dạng đặc	2	13,3
		Dạng nang	0	0
	Tính chất ngấm thuốc	Hỗn hợp	13	46,7
		Ngấm mạnh	0	86,7
		Ngấm ít	6	40
	Kích thước	Ngấm thuốc không đều	9	60
		< 3cm	4	26,6
		3-10cm	10	66,6
			> 10cm	1
AFP	Bình thường theo nhóm tuổi		15	100
Glucose máu	Bình thường (3,3-5,5 mmol/L)		15	100
P-Amylase máu	Bình thường (< 53 U/L)		14	93,3
Lipase máu	Bình thường (7-39 U/L)		12	80

Chụp cắt lớp vi tính cho thấy 7/15 bệnh nhân (46,6%) có khối u ở vị trí đầu tụy, 8/15 bệnh nhân còn lại có khối u ở thân và/hoặc đuôi tụy. Kích thước u trung bình $4,7 \pm 0,5$ cm (2,3-9,7 cm). Cấu trúc khối u trên CT: dạng đặc 2/15 (13,3%), dạng nang 0/15 (0%) và dạng hỗn hợp 13/15 (86,7%); phần lớn các khối u ngấm thuốc không đều do hoại tử và chảy máu trong u.

Bảng 3: Đặc điểm nhuộm hoá mô miễn dịch u đặc giả nhú

Kháng nguyên	Số BN được chỉ định	Dương tính	%
Ki 67	5	5	100
Betacatenin	7	6	85,7
CD 56	3	3	100
CD 10	4	4	100
TFE 3	2	2	100
Vimentin	1	1	100
Synaptophysin	4	3	75
Chromagranin	4	2	50

7/15 bệnh nhân (46,7%) có làm HMMD dương tính với ít nhất 1 trong nhiều loại marker khác nhau để chẩn đoán xác định u đặc giả nhú.

Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 4: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		N = 15	%
Khối u vùng đầu tụy	Cắt khối tá tụy	1	6,6
	Cắt u đầu tụy bảo tồn tá tràng	6	40
	Cắt tụy trung tâm	3	20
Khối u thân và đuôi tụy	Cắt thân	4	26,6
	Đuôi tụy	1	6,6
	Bảo tồn lách	4	26,6
	Kèm cắt lách	1	6,6

Trong số 7 bệnh nhân u vị trí đầu tụy, 1 bệnh nhân được thực hiện cắt khối tá tụy do khối u to, xâm lấn tá tràng, không có khả năng phẫu tích. Có 6/7 trường hợp được tiến hành cắt u đầu tụy bảo tồn tá tràng, trong đó có 2 trường hợp

phải tiến hành nối tụy-ruột tại vị trí diện cắt u do tổn thương vào ống tụy.

Đối với các khối u ở thân và đuôi tụy, phẫu thuật chủ yếu được thực hiện là cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách 4/8 trường hợp (26,6%), 1 trường hợp (6,6%) cắt lách kèm theo do khối u bao quanh tĩnh mạch lách. Hai trường hợp khối u nằm khu trú tại thân tụy được tiến hành cắt tụy trung tâm, nối tụy-ruột vào phần nhu mô tụy ngoại vi và khâu ép phần nhu mô tụy phía trung tâm.

Cả 15 bệnh nhân của chúng tôi đều được thực hiện phẫu thuật mổ mở. Trong đó, 14/15 trường hợp không xảy ra tai biến trong mổ. Một trường hợp có tổn thương cắt đoạn tĩnh mạch cửa trong quá trình phẫu tích u (do khối u kích thước lớn 12cm, chiếm gần hết nhu mô tụy, nắm sát tĩnh mạch cửa), chúng tôi đã tiến hành khâu nối lại tĩnh mạch cửa, sau mổ trẻ diễn biến ổn định và xuất viện sau 8 ngày điều trị.

Kết quả điều trị u đặc giả nhú tụy: bệnh nhân sau mổ không có biến chứng chảy máu, rò tụy, rò mật, áp xe tồn dư sau mổ. Có 1 trường hợp viêm tụy cấp vào tuần lễ thứ 3 sau mổ cắt u vị trí đầu tụy bảo tồn tá tràng, trẻ này sau đó được điều trị nội khoa ổn định và xuất viện sau 7 ngày. Tất cả 15 bệnh nhân được tái khám sau mổ, không có trường hợp nào tái phát sớm, tử vong sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

U đặc giả nhú của tụy là một khối u tụy ngoại tiết hiếm gặp, chiếm khoảng 1% trong u tụy [1]. Năm 1927, lần đầu tiên u đặc giả nhú ở tụy được phát hiện ra bởi Gruber Frantz và năm 1959 tác giả đã mô tả chi tiết về bệnh học của tổn thương này.

U đặc giả nhú của tụy cũng được một số tác giả khác đề cập với nhiều tên gọi khác nhau như u Gruber Frantz; u nhú và đặc; u nang nhú; u đặc tạo nang; u biểu mô nhú, nang và đặc; u nhú lành tính hoặc ác tính của tụy; u biểu mô nhú của tụy và ung thư biểu mô tuyến của tụy, thậm chí người ta còn xếp nó vào nhóm các u nội tiết của tụy nội tiết.

Bệnh lý này thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, một số tác giả cho rằng nó liên quan tới nội tiết tố ở nữ giới [2]. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ em ít hơn ở người lớn, nhưng với sự phát triển của y tế, tỷ lệ phát hiện bệnh ở trẻ em ngày càng gia tăng. Bệnh thường không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, bệnh nhân có thể đến viện với các triệu chứng đau bụng, buồn nôn, nôn, sờ thấy khối vùng bụng, chướng bụng hoặc các biểu hiện khác do khối u chèn ép các cơ

quan lân cận. Maimaijiang và cộng sự báo cáo 18 bệnh nhi được chẩn đoán u đặc giả nhú của tụy, trong đó 50% số bệnh nhân không có triệu chứng, triệu chứng đau bụng 38,89%, sờ thấy khối vùng bụng 22,22% và sau chẩn thương gặp ở 11,11% số bệnh nhân [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 13/15 trẻ (86,6%) được bố mẹ đưa đi khám vì triệu chứng đau bụng thượng vị và hạ sườn trái, có 1 trẻ đau bụng kèm theo sờ thấy khối ở bụng, 1 trẻ đi khám vì buồn nôn và 1 trường hợp tình cờ phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ. Ở trẻ em, triệu chứng lâm sàng của UĐGN thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý thông thường, vì vậy gia đình nên cho trẻ thăm khám định kỳ hoặc tới các cơ sở y tế chuyên khoa khi trẻ có các dấu hiệu bệnh lý bất thường.

Xét nghiệm sinh hoá máu các chỉ số Glucose, Amylase, Lipase thường không có giá trị trong chẩn đoán bệnh. Xét nghiệm chất chỉ điểm khối u thường không tăng và các khối u thường ít liên quan tới các hội chứng do tăng tiết hormon nội tiết [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân đều có chỉ số sinh hoá máu và chất chỉ điểm khối u AFP trong giới hạn bình thường. Vì vậy, để khảo sát các khối u của tuyến tụy, việc chỉ chỉ định các xét nghiệm sinh hoá máu thường quy là chưa đủ.

Hiện nay, chẩn đoán trước phẫu thuật chủ yếu dựa vào hình ảnh CT hoặc MRI ổ bụng. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính, u đặc giả nhú thường là các khối u lớn, có vỏ rõ, tỷ trọng thường không đều do có những vùng chảy máu, hoại tử trong u. UĐGN cần được chẩn đoán phân biệt với các tổn thương tương tự như: nang giả tụy, ung thư biểu mô tuyến tụy, u nang nhầy, u tiết nhầy, u tuyến đa nang, ung thư dạng nang tuyến, ung thư nguyên bào tụy, u mạch [3]. CT giúp đánh mối liên quan giữa khối u và tổ chức xung quanh, đánh giá di căn hạch bạch huyết và di căn xa. MRI có độ phân giải mô cao hơn CT vì vậy nó có lợi thế hơn trong việc đánh giá mối tương quan giữa tổ chức u với ống mật và ống tụy [4]. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, khối u ở đầu tụy gặp ở 7/15 bệnh nhân (46,7%), ở thân và/hoặc đuôi tụy gặp ở 8/15 bệnh nhân (53,3%). Cấu trúc u dạng hỗn hợp chiếm chủ yếu (86,7%), phần lớn các khối u đều ngấm thuốc kém so với nhu mô tụy hoặc ngấm thuốc không đều do hoại tử, chảy máu trong u. Kích thước u trung bình 4,7 · 0,5 cm (2,3-9,7 cm).

Mô bệnh học của u đặc giả nhú tương tự như các khối u thần kinh nội tiết của tuyến tụy, nhưng đôi khi rất khó để chẩn đoán xác định u

đặc giả nhú với mô bệnh học thông thường và hầu hết chúng được chẩn đoán trên tiêu bản nhuộm hoá mô miễn dịch. Shen và cộng sự đã chỉ ra rằng các thụ thể P504S, TEF3, SOX-11 và progesterone có giá trị trong việc chẩn đoán xác định cũng như chẩn đoán phân biệt u đặc giả nhú với các khối u khác của tuyến tụy [5]. 7/15 bệnh nhân (46,7%) của chúng tôi được nhuộm hoá mô miễn dịch và kết quả cho thấy tỷ lệ dương tính của các marker lần lượt là: Betacatermin 5/7 (85,7%), Ki 67 5/5 (100%), CD 56 3/3 (100%), CD 10% 4/4 (100%), TFE 2/2 (100%), Synaptophysin

3/4 (75%), Chromagranin 2/4 (50%) và Vimentin 1/1 (100%). Các nhà giải phẫu bệnh đều thống nhất sử dụng Betacatermin, CD 10, Chromagranin và Vimentin trong chẩn đoán UĐGN và đơn giản hơn là chỉ cần Betacatermin (+) [1].

Phẫu thuật cắt bỏ u trong điều trị UĐGN vẫn là phương án điều trị cơ bản. Cơ thể trẻ em là một cơ thể đang phát triển, vì vậy cần cân nhắc khi thực hiện các phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi trên đối tượng bệnh nhi như cắt khối tá tụy hoặc cắt lách. Đặc điểm sinh học của UĐGN là mức độ ác tính thấp, khả năng xâm lấn kém, tỷ lệ di căn và tái phát thấp, dù có di căn hoặc tái phát sau phẫu thuật thì bệnh nhân vẫn có cơ hội điều trị [6][7]. Trong điều kiện bệnh nhân được đánh giá toàn diện trước mổ, phẫu thuật viên nên cố gắng lựa chọn phương án phẫu thuật triệt để nhưng vẫn bảo tồn được tối đa chức năng của tuyến tụy. Di căn hạch bạch huyết rất hiếm gặp trong UĐGN, không cần thiết phải mổ lại nhiều lần để lấy bỏ các hạch bạch huyết xung quanh [1]. Vai trò của hoá trị trong UĐGN còn chưa rõ ràng. Với phẫu thuật triệt căn thường không cần dùng hoá trị hỗ trợ. Hoá trị liệu chỉ được chỉ định trong trường hợp bệnh di căn xa hoặc phẫu thuật không thể lấy hết tổn thương [1][4].

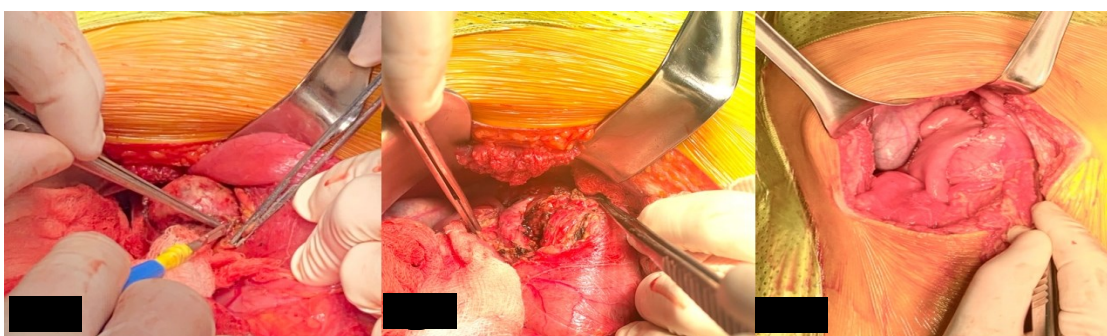
Đối với các khối u ở đầu tụy, ngoài phẫu thuật cắt khối tá tụy truyền thống, có thể lựa chọn các phẫu thuật khác như cắt bỏ tụy-tá tràng bảo tồn môn vị hoặc cắt bỏ u bảo tồn tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 7/15 bệnh nhân có khối u ở vị trí đầu tụy, một trường hợp phải phẫu thuật cắt khối tá tụy do u kích thước lớn, không thể phẫu tích được u khỏi tá tràng; 6 trường hợp còn lại (40%) được thực hiện cắt u đầu tụy và bảo tồn tá tràng dựa theo phẫu thuật Beger. Phẫu thuật này được mô tả lần đầu tiên vào năm 1972 bởi Hans Beger, phẫu thuật bao gồm việc cắt bỏ gần hoàn toàn đầu tụy, để lại một phần nhu mô tụy sát tá tràng (Hình 1) [8].

Phẫu thuật cắt tụy trung tâm được chỉ định cho các khối u ở vị trí cổ hoặc thân tụy, một số tác giả chỉ ra rằng cắt tụy trung tâm không làm tăng nguy cơ biến chứng mà ở mức độ nào đó còn làm giảm nguy cơ suy tụy ngoại tiết so với phẫu thuật cắt thân đuôi tụy [1].

Với các khối u ở đuôi tụy hoặc thân và đuôi tụy, phẫu thuật cắt bỏ thân đuôi tụy bảo tồn lách nên được lựa chọn đầu tiên. Lách là một cơ quan miễn dịch quan trọng của cơ thể, vì vậy việc bảo tồn lách là cần thiết nhất là đối với trẻ em. Trong trường hợp khối u dính với tĩnh mạch lách nghiêm trọng, có thể lựa chọn cắt lách kèm theo cắt thân đuôi tụy. Tác giả Maimaijiang (2022) khuyến cáo: có thể cắt tĩnh mạch lách nhưng

nên cố gắng bảo tồn động mạch lách cũng như tạng lách [1].

Có 3/15 bệnh nhân (20%) có khối u ở thân tụy được phẫu thuật cắt tụy trung tâm, 4/15 bệnh nhân (26,6%) cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách và 1 trường hợp (6,6%) cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách do tổn thương tĩnh mạch lách. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được thực hiện phẫu thuật an toàn, không có biến chứng chảy máu, rò mật, rò tụy sau mổ. Có 1 trường hợp viêm tụy cấp vào tuần lễ thứ 3 sau mổ cắt u vị trí đầu tụy bảo tồn tá tràng, trẻ này sau đó được điều trị nội khoa ổn định. Tất cả các bệnh nhân đều được khám, theo dõi sau phẫu thuật, không có trường hợp nào tái phát sớm và tử vong sau mổ.



Hình 1: (A) Hình ảnh khối u đầu tụy. (B) Khối u đầu tụy sau khi được cắt bỏ. (C) Nôi tụy - hống tràng vào diện phẫu thuật (ID: 220813236)

V. KẾT LUẬN

U đặc giá nhú là một khối u hiếm gặp, đa phần gặp ở nữ giới trẻ tuổi. Biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dễ bị nhầm lẫn và bỏ sót. UĐGN của tụy có mức độ ác tính thấp, khả năng xâm lấn ít, tỷ lệ di căn và tái phát thấp vì vậy đối với trẻ em phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maimaijiang, A., Wang, H., Li, W., Wang, Y.: Diagnosis and treatment of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas in children: A report of 18 cases. *Front. Pediatr.* 10, 899965 (2022). <https://doi.org/10.3389/fped.2022.899965>
2. Wu, J., Mao, Y., Jiang, Y., Song, Y., Yu, P., Sun, S., Li, S.: Sex differences in solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: A population-based study. *Cancer Med.* 9, 6030–6041 (2020). <https://doi.org/10.1002/cam4.3180>
3. Bochiş, O.V., Bota, M., Mihut, E., Buiga, R., Hazbei, D.S., Irimie, A.: Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: clinical-pathological features and management of 13 cases. *Clujul Med.* 90, 171–178 (2017). <https://doi.org/10.15386/cjmed-672>
4. Kumar, N.A.N., Bhandare, M.S., Chaudhari, V., Sasi, S.P., Shrikhande, S.V.: Analysis of 50

cases of solid pseudopapillary tumor of pancreas: Aggressive surgical resection provides excellent outcomes. *Eur. J. Surg. Oncol. J. Eur. Soc. Surg. Oncol. Br. Assoc. Surg. Oncol.* 45, 187–191 (2019). <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2018.08.027>

5. Shen, Y., Wang, Z., Zhu, J., Chen, Y., Gu, W., Liu, Q.: α -Methylacetyl-CoA racemase (P504S) is a useful marker for the differential diagnosis of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas. *Ann. Diagn. Pathol.* 18, 146–150 (2014). <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2014.02.006>
6. You, L., Yang, F., Fu, D.-L.: Prediction of malignancy and adverse outcome of solid pseudopapillary tumor of the pancreas. *World J. Gastrointest. Oncol.* 10, 184–193 (2018). <https://doi.org/10.4251/wjgo.v10.i7.184>
7. Lubezky, N., Papoulas, M., Lessing, Y., Gitstein, G., Brazowski, E., Nachmany, I., Lahat, G., Goykhman, Y., Ben-Yehuda, A., Nakache, R., Klausner, J.M.: Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: Management and long-term outcome. *Eur. J. Surg. Oncol. J. Eur. Soc. Surg. Oncol. Br. Assoc. Surg. Oncol.* 43, 1056–1060 (2017). <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2017.02.001>
8. Beger, H.G., Witte, C., Krautzberger, W., Bittner, R.: [Experiences with duodenum-sparing pancreas head resection in chronic pancreatitis]. *Chir. Z. Alle Geb. Oper. Medizen.* 51, 303–307 (1980)