

# Kết quả phẫu thuật điều trị u lành tính vùng thân đuôi tụy

Nguyễn Thế Hùng, Phan Minh Trí, Võ Minh Đạt, Võ Trường Quốc

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

## Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thế Hùng,  
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh  
217 Đ. Hồng Bàng, Phường 11,  
Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh  
Điện thoại: 0366 748 607  
Email: nguyenthehungyc@yahoo.  
com.vn

**Ngày nhận bài: 26/4/2023**

**Ngày chấp nhận đăng:**

**24/5/2023**

**Ngày xuất bản: 15/3/2024**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** U lành tính vùng thân đuôi tụy là bệnh lý ít phổ biến, điều trị phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

**Đối tượng - phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. Tất cả người bệnh có u lành tính vùng thân đuôi tụy được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2022.

**Kết quả:** 44 trường hợp được ghi nhận. Có 5 phương pháp phẫu thuật được sử dụng là phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thân đuôi tụy chiếm 34% (15/44 trường hợp), PTNS cắt thân đuôi tụy kèm lách 6,8% (3/44 trường hợp), mổ mở cắt thân đuôi tụy 11,4% (5/44 trường hợp), mổ mở cắt thân đuôi tụy kèm lách 25% (11/44 trường hợp), cắt tụy trung tâm 22,7% (10/44 trường hợp). 52% trường hợp không rò tụy, 43% rò tụy độ A, 5% rò tụy độ B và không có trường hợp nào rò tụy độ C. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rò tụy sau mổ giữa các phương pháp phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm được điều trị bằng phương pháp PTNS ngắn hơn so với nhóm mổ mở. Không có trường hợp nào chảy máu và tử vong sau mổ.

**Kết luận:** Các phương pháp phẫu thuật điều trị u lành tính vùng thân đuôi tụy được áp dụng hiện nay nhìn chung an toàn và hiệu quả. PTNS cho thấy nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, cắt thân đuôi tụy, cắt tụy trung tâm.

## Results of surgical management of benign tumors in the body and tail of the pancreas

Nguyen The Hung, Phan Minh Tri, Vo Minh Dat, Vo Trung Quoc

University of Medicine and Pharmacy at HCM

### Abstract

*Introductions:* Benign tumors in the body and tail of the pancreas are less common, and surgical management is considered the standard treatment. In Viet Nam, there are not many researches on this issue.

*Patients and methods:* Retrospective study, case series report. All patients with benign tumors in the body and tail of the pancreas were treated by surgical methods at Cho Ray hospital from January – 2020 to January – 2022 enrolled in study.

*Results:* There were 44 cases recorded and treated surgically by 5 procedures: laparoscopic distal pancreatectomy (LDP) was 34% (15/44 cases), LDP and splenectomy was 6,8% (3/44 cases), open distal pancreatectomy (ODP) 11,4% (5/44 cases), ODP and splenectomy was 25% (11/44 cases), central pancreatectomy was 22,7% (10/44 cases). 52% of cases had no pancreatic fistula complication, 43% of cases had complicated pancreatic fistula grade A, 5% of cases had pancreatic fistula grade B, however, there were no cases of pancreatic fistula grade C. There was no statistically significant difference in postoperative pancreatic fistula between surgical methods. The postoperative hospital stay was shorter in the laparoscopic group than in the open surgery group. There was no cases of postoperative bleeding and death.

*Conclusion:* The current surgical methods of treating benign tumors in the body and tail of the pancreas were generally safe and effective. Laparoscopic surgery has more advantages than open surgery.

*Keywords:* Laparoscopy, distal pancreatectomy, central pancreatectomy.

### Đặt vấn đề

U vùng thân đuôi tụy là bệnh lý ít phổ biến, có tỉ lệ hiện mắc thấp hơn so với u đầu tụy. Các khối u vùng thân đuôi tụy bao gồm u nội tiết và u ngoại tiết của tụy. Về mô bệnh học, u được chia ra u biểu mô lành tính và tiền ung, u biểu mô ác tính và u thần kinh nội tiết tụy [1, 2].

Tân sinh dạng nang tụy là u tụy ngoại tiết phổ biến thứ 2 sau ung thư biểu mô tuyến ống tụy [3]. U biểu mô tụy lành tính thường gặp là tân sinh nang thanh dịch (SCNs), tân sinh nang dịch nhầy (MCNs), tân sinh đặc giả nhũ (SPNs), tân sinh nhầy nhũ trong

ống (IPMNs). Mỗi loại đều có tiềm năng tiến triển thành ung thư nếu không được phát hiện và điều trị sớm [4].

U thần kinh nội tiết tụy (PanNETs) chiếm ít hơn 3% tổng số u tụy. Insulinoma là loại PanNETs chức năng phổ biến nhất (60%), thường lành tính (85-90%) và đơn ổ; chúng xuất hiện cùng với các triệu chứng và dấu hiệu liên quan đến tăng insulin máu [5].

PanNETs có thể được phát hiện sớm do tăng biểu hiện triệu chứng liên quan đến loại hormone tăng tiết, nhưng còn u biểu mô vùng thân đuôi tụy thì ít biểu hiện triệu chứng, thường được phát hiện khi

kích thước khối u khá lớn và gây khó chịu cho người bệnh. Điều trị phẫu thuật được xem như là điều trị tiêu chuẩn cho các khối u vùng thân đuôi tụy [6].

Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu công bố về kết quả điều trị phẫu thuật ở bệnh lý này, do đó chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị u lành tính vùng thân đuôi tụy để có thêm góc nhìn trên điều trị bệnh lý này.

**Đối tượng - phương pháp nghiên cứu**

**Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả người bệnh được chẩn đoán u vùng thân đuôi tụy. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2020 đến 01/2022.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh**

Người bệnh được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.

Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ lành tính, không liên quan carcinoma.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

Hồ sơ bệnh án không ghi nhận đầy đủ thông tin.

**Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu**

Hồi cứu, mô tả loạt ca.

**Các biến số**

Các biến số thu thập bao gồm tuổi, giới, BMI, tiền căn nội khoa kèm theo.

Kích thước u, giải phẫu bệnh của u, phương pháp phẫu thuật, thời gian mổ trung bình, lượng máu mất trung bình.

Chảy máu sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, rò tụy sau mổ, tử vong sau mổ.

Rò tụy sau mổ được định nghĩa và phân loại theo nhóm nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật tụy (ISGPS) [7].

**Phân tích số liệu**

Số liệu sau khi được thu thập từ hồ sơ bệnh án, sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y được TP. Hồ Chí Minh, số 318/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 18/03/2022.

**Kết quả**

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 1 năm 2022, tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy-Bệnh viện Chợ Rẫy đã điều trị phẫu thuật 44 trường hợp (TH) u lành tính vùng thân đuôi tụy. Tuổi từ 16 đến 73, trung bình là 40,5 ± 17; tỉ lệ nữ/nam là 7,8/1; BMI trung bình là 21,66 ± 2,05; đa số không có bệnh nội khoa đi kèm (79,5%), 11,4% có tiền căn đái tháo đường type 2 và 9,1% có tiền căn tăng huyết áp.

**Giải phẫu bệnh lý**

Bảng 1. Giải phẫu bệnh sau mổ

Thương tổn	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
SPNs	14	31,8
SCNs	11	25
MCNs	7	15,9
PanNETs	11	25
BD-IPMN	1	2,3

**Kích thước u**

Bảng 2. Kích thước u

Kích thước	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
U ≤ 3 cm	15	34
3 < U ≤ 6 cm	12	27,3
6 < U ≤ 9 cm	9	20,5
U > 9 cm	8	18,2

**Phương pháp phẫu thuật**

Có 5 phương pháp phẫu thuật được sử dụng là phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thân đuôi tụy chiếm 34% (15/44 TH), PTNS cắt thân đuôi tụy kèm lách 6,8% (3/44 TH), mổ mở cắt thân đuôi tụy 11,4% (5/44 TH), mổ mở cắt thân đuôi tụy kèm lách 25% (11/44 TH), cắt tụy trung tâm 22,7% (10/44 TH).

**Kết quả phẫu thuật**

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh thời gian mổ trung bình và lượng máu mất trung bình giữa các phương pháp phẫu thuật. Không

có TH nào chảy máu sau mổ cũng như tử vong sau mổ. Trong các phương pháp phẫu thuật, có 1/9 TH phẫu thuật cắt tụy trung tâm bị nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3. Rò tụy sau mổ

Phẫu thuật	Rò tụy sau mổ				Tổng
	Không	A	B	C	
PTNS cắt thân đuôi tụy	8	7	0	0	15
PTNS cắt thân đuôi tụy kèm lách	2	1	0	0	3
Mổ mở cắt thân đuôi tụy	3	1	1	0	5
Mổ mở cắt thân đuôi tụy kèm lách	7	4	0	0	11
Cắt tụy trung tâm	3	6	1	0	10
Tổng	23	19	2	0	44

Chúng tôi ghi nhận có 52% TH không rò tụy, 43% rò tụy độ A, 5% rò tụy độ B và không có TH nào rò tụy độ C. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rò tụy sau mổ giữa các phương pháp phẫu thuật.

Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm được điều trị bằng phương pháp PTNS trung bình là 6,5 ngày, ngắn hơn so với nhóm mổ mở cắt thân đuôi tụy kèm lách hoặc không là 8,7 ngày, và nhóm cắt tụy trung tâm 9,4 ngày. Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bàn luận**

Với u lành tính vùng thân đuôi tụy, tùy theo vị trí, đặc điểm của u mà có các phương pháp phẫu thuật khác nhau như: cắt tụy trung tâm, cắt thân đuôi tụy kèm lách hoặc không, khoét u tụy và được thực hiện nội soi hoặc mổ mở. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy PTNS cắt thân đuôi tụy an toàn và có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở như giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn [8-10]. Tụy nhiên PTNS thường chỉ áp dụng đối với u kích thước nhỏ.

**Biến chứng rò tụy**

Rò tụy sau mổ là biến chứng làm tăng tỉ lệ bệnh tật, tử vong cho phẫu thuật tụy nói chung và phẫu

thuật cắt thân đuôi tụy và cắt tụy trung tâm nói riêng. Chúng tôi ghi nhận có 52% TH không rò tụy, 43% rò tụy độ A, 5% rò tụy độ B và không có TH rò tụy độ C. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rò tụy sau mổ giữa các phương pháp phẫu thuật. Biến chứng rò tụy sau mổ chúng tôi ghi nhận không quá nặng nề, chủ yếu là rò tụy độ A được phát hiện trên xét nghiệm amylase dịch mà không có biểu hiện lâm sàng và không cần thay đổi điều trị gì thêm. Còn rò tụy độ B chỉ chiếm 5%, có biểu hiện lâm sàng, cần thay đổi điều trị và tăng thời gian nằm viện cho người bệnh.

Mặc dù biến chứng rò tụy giữa phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm lách hoặc không không có khác biệt so với cắt tụy trung tâm, nhưng tỉ lệ biến chứng rò tụy độ B ở cắt tụy trung tâm (10%) cao hơn so với nhóm còn lại (3%), có thể do mẫu còn ít, chưa phản ánh đúng. Theo một bài tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Mihnea P. Dragomir so sánh biến chứng giữa cắt tụy trung tâm với cắt thân đuôi tụy, có 16 nghiên cứu trên 1232 người bệnh, khi so sánh biến chứng rò tụy sau mổ (độ B-C) thì phẫu thuật cắt tụy trung tâm có nguy cơ rò tụy sau mổ cao hơn (OR = 2,24, 95% CI = 1,63-3,08, P<0,0001). Nhìn chung, theo ghi nhận của chúng tôi thì PTNS cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách hoặc không là an toàn, nếu có rò tụy thì độ A là chủ yếu, không biểu hiện lâm sàng và không cần thay đổi điều trị, không có TH rò tụy độ B và C [11].

**Nhiễm trùng vết mổ**

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 1 TH nhiễm trùng vết mổ nông, trước đó người bệnh đã được mổ mở cắt tụy trung tâm và có biến chứng rò tụy độ B. Người bệnh được điều trị kháng sinh, dinh dưỡng, chăm sóc vết mổ nhiễm 2 lần/ngày, cắt chỉ bỏ cách mỗi, xuất viện sau 15 ngày điều trị. Theo một số bài báo tổng quan hệ thống và phân tích gộp so sánh giữa nhóm cắt tụy trung tâm và cắt thân đuôi tụy thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhiễm trùng vết mổ.

**Thời gian nằm viện**

Về thời gian nằm viện sau mổ, chúng tôi nhận thấy rằng nhóm người bệnh được PTNS có thời gian

nằm viện ngắn hơn so với nhóm mổ mở. Khi so sánh phẫu thuật cắt tụy trung tâm với cắt thân đuôi tụy, theo tác giả Mihnea P. Dragomir ngoài việc bảo tồn chức năng tụy thì tỉ lệ biến chứng sau mổ cao hơn và thời gian nằm viện lâu hơn [11, 12]. Khi so sánh ở nhóm mổ mở cắt thân đuôi tụy có kèm cắt lách hoặc không với nhóm cắt tụy trung tâm, mặc dù thời gian nằm viện có ngắn hơn nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

### Kết luận

Các phương pháp phẫu thuật điều trị u lành tính vùng thân đuôi tụy được áp dụng hiện nay nhìn chung an toàn và hiệu quả, tỉ lệ tai biến và biến chứng cần can thiệp thấp, việc chọn lựa phương pháp phụ thuộc vào vị trí u cũng như tương quan của u với các cấu trúc giải phẫu xung quanh. PTNS thường áp dụng cho các khối u có kích thước không quá lớn và cho thấy nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở.

### Tài liệu tham khảo

1. Barreto, S.G., P.J. Shukla, and S.V. Shrikhande. (2010). Tumors of the Pancreatic Body and Tail. *World J Oncol.* 1(2), 52-65.
2. Klöppel, G., et al. (1996). *Histological typing of tumours of the exocrine pancreas. Vol. 1: Springer Science & Business Media.* 658.
3. Townsend, C.M., et al. (2016). Exocrine Pancreas, in *Sabiston Textbook of Surgery The Biological Basis of Modern Surgical Practic.* Elsevier Health Sciences, 786-800.
4. van Huijgevoort, N.C.M., et al. (2019). Diagnosis and management of pancreatic cystic neoplasms: current evidence and guidelines. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology.* 16(11), 676-689.
5. Moore, F., M. Scoinski, and N. Joste. (2003). *Endocrine tumors and malignancies. Atlas of diagnostic oncology.* Philadelphia: Elsevier Science Limited. 3.
6. Elta, G.H., et al. (2018). ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *Am J Gastroenterol.* 113(4), 464-479.
7. Bassi, C., et al. (2017). The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery.* 161(3), 584-591.
8. Huang, J., et al. (2019). Laparoscopic Spleen-Preserving Distal Pancreatectomy (LSPDP) versus Open Spleen-Preserving Distal Pancreatectomy (OSPDP): A Comparative Study. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2019, 936-945.
9. Ricci, C., et al. (2016). Laparoscopic distal pancreatectomy: many meta-analyses, few certainties. *Updates in Surgery.* 68(3), 225-234.
10. Venkat, R., et al. (2012). Laparoscopic distal pancreatectomy is associated with significantly less overall morbidity compared to the open technique: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 255(6), 1048-59.
11. Dragomir, M.P., et al. (2019). Central pancreatectomy: a comprehensive, up-to-date meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg.* 404(8), 945-958.
12. Crippa, S., et al. (2007). Middle pancreatectomy: indications, short- and long-term operative outcomes. *Ann Surg.* 246(1), 69-7