

- Đại học Y Hà Nội.
5. **Ang TL, Fock KM.** Clinical epidemiology of gastric cancer. Singapore Med J. 2014;55(12):621-628. doi:10.11622/smedj.2014174
  6. **Park YH, Lee JL, Ryoo BY, et al.** Capecitabine in combination with Oxaliplatin (XELOX) as a first-line therapy for advanced gastric cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2008;61(4):623-629. doi:10.1007/s00280-007-0515-7
  7. **Yoshida M, Ohtsu A, Boku N, et al.** Long-term survival and prognostic factors in patients with metastatic gastric cancers treated with chemotherapy in the Japan Clinical Oncology Group (JCOG) study. Jpn J Clin Oncol. 2004;34(11):654-659. doi:10.1093/jjco/hyh120
  8. **Nguyễn Văn Hiếu,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày sớm tại bệnh viện K từ 2000-2006. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2008. Số 1: p. 176-181.
  9. **Wang CS, Chao TC, Jan YY, Jeng LB, Hwang TL, Chen MF.** Benefits of palliative surgery for far-advanced gastric cancer. Chang Gung Med J. 2002;25(12):792-802.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÀ CÁC KHỐI U TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Không Văn Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tá tràng và các khối u tá tràng. Có 10 BN, Nam 60% (6 BN) Nữ 40% (4 BN). Tuổi TB 52,5. Triệu chứng lâm sàng (LS) thường gặp: đau bụng 90%, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 30%, hẹp tá tràng 30%. Chụp CLVT phát hiện U tá tràng 90%; Nội soi dạ dày (NSDD) phát hiện u 60% (50% U D' niêm mạc). Siêu âm nội soi (SANS) 20% (phát hiện GIST 20%). Mổ cấp cứu (sốc mất máu) 20%, mổ phình 80%. Tổn thương: Ung thư DII tá tràng (adenocarcinoma: AC) 1 BN (10%), GIST DII tá tràng 2 BN (20%), GIST DII-DIII 3 BN (30%), GIST DIII-IV 1 BN (10%), U lympho DIV 1 BN (10%), U cơ DII (leiomyoma) 2 BN (20%). Phẫu thuật cắt khối tá tụy 1 BN; Cắt đoạn DII trên Vater, cắt bán phần dạ dày, dẫn lưu (DL) móm tá tràng 1BN (10%); Cắt đoạn DII D' bóng Vater, cắt hang vị, DL móm tá tràng 1 BN (10%); Cắt đoạn DII-DIII, nối tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng 3 BN (30%); Cắt đoạn DII-DIII-DIV, nối tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng 1 BN (10%); Cắt đoạn DIV, cắt đoạn ruột non, nối vị tràng 1 BN (10%); Khâu cầm máu, cắt hang vị, DL móm tá tràng 1 BN (10%); Nối vị tràng, nối mật ruột 1 BN (10%). Không có tử vong (TV) trong, sau mổ và ≤ 30 ngày. Không có BN mổ lại. Biến chứng rò 3 BN (1 BN sau cắt khối tá tụy, rò mật và tụy; 2 BN rò nhỏ sau cắt đoạn tá tràng điều trị nội). **Kết luận:** Ung thư tá tràng hay các khối u tá tràng hiếm gặp (Tỷ lệ <1% với AC tá tràng, < 4-5% với GIST tá tràng). Triệu chứng thường gặp là đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, hẹp tá tràng. Chụp CLVT và SANS có giá trị chẩn đoán cao các khối U tá tràng. + Đối với ung thư tá tràng AC, cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy phụ thuộc vào vị trí U cho kết quả (thời

gian sống sau 5 năm) tương đương với điều kiện đạt được diện cắt R0. Giá trị tiên lượng quan trọng nhất là di căn hạch. + Đối với GIST tá tràng, phẫu thuật bao gồm cắt khối tá tụy (khối U DII liên quan tới bóng Vater hoặc gây tắc mật), cắt đoạn tá tràng hay cắt tá tràng hình chêm. Phẫu thuật cắt khối tá tụy có tỷ lệ TV và biến chứng cao. Cắt đoạn tá tràng có thời gian sống thêm tương đương với cắt khối tá tụy nếu đạt được diện cắt R0 (1-2 cm cách), có tỷ lệ biến chứng và TV giảm. + Các khối u cơ (leiomyoma) nên chỉ định nút mạch (khi có XHTH), mổ cắt U khi BN ổn định. **Từ khóa:** Ung thư tá tràng, GIST tá tràng, cắt đoạn tá tràng, u cơ trơn tá tràng

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF SEGMENTAL DUODENAL RESECTION FOR TUMORS OF DUODENUM AND MALIGNANT DUODENAL TUMORS

Retrospective study aimed at evaluation the clinical features and results of surgical management for tumor of duodenum and malignant duodenal tumors. **Results:** There were 10 patients, 6 male (60%), 4 female (40%), mean age 52,5 year old, Symptoms: abdominal pain (90%), gastrointestinal bleeding 30%. gastric outlet obstruction 30%. CTScan detected 90% duodenal tumor; Gastroduodenoscopy showed 60% duodenal lesions; endoscopic ultrasound detected 20% duodenal GIST. Emergency operation in 20% (blood loss shock). Intraoperation findings: Duodenal adenocarcinoma (DII) in 1 patient; Duodenal GIST in 6 patients: of them 2 tumor located at DII duodenum below ampulla of Vater, 2 tumors located at junction DII-DIII of duodenum, 1 tumor located at duodenal DIII-DIV. Operation performed: Pancreatic-duodenectomy (PD) in 1 patient; duodenal DII segmentectomy (AC proximal to ampulla) and subtotal gastrectomy with duodenostomy for compression in 1 patients; Duodenal DII segmentectomy, antrectomy with duodenostomy for compression in 1 patients (GIST located below ampulla); Duodenal DII-DIII segmentectomy, end to end anastomosis, antrectomy with duodenostomy for compression in 3 patients (GIST at DII-DIII junction);

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

Duodenal DII-DIII-DIV segmentectomy, end to end anastomosis, antrectomy with duodenostomy for compression in 1 patients (GIST DIII-DIV); Suture for hemostasis, antrectomy with duodenostomy in 1 patient (blood loss shocks); Gastrojejunostomy and hepato-jejunostomy in 1 patient. + There were no death per- post operation and 30 days post operation. + Complication: 3 fistulas (1 patient post PD; other 2 patents post segmental resection) that healing spontaneously by medical treatment. **Conclusion:** We concluded that: Duodenal AC and other duodenal tumor are rare (the proportion < 1% for AC, < 4-5% for GIST). The symptoms were abdominal pain, gastrointertinal bleeding, gastric outlet obstruction. - For AC of duodenum: Pancreatic-duodenectomy (PD) or segmental resection obtained the same overall survival. Lymphatic metastasis is important pronostic factor. - For GIST of duodenum: PD, segmental resection or wedge resection could be performed. PD was indicated in case of ampulla involvement with elevated mortality and morbidity. Duodenal segmentectomy had low mortality and morbidity and equal overall survival (OS) in case R0 margin be obtained (1-2 cm from GIST tumor).

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Mặc dù phần lớn các khối ung thư ruột non xuất phát từ tá tràng, adenocarcinoma tá tràng chiếm < 1% tổng số ung thư đường tiêu hóa. Ung thư tá tràng thường được mô tả gộp với u đầu tụy, u bóng Vater hay ung thư phần thấp ống mật chủ bởi vậy rất ít báo cáo về chẩn đoán và điều trị ung thư tá tràng. Nhìn chung ung thư tá tràng có kết quả điều trị khả quan so với các ung thư quanh bóng Vater (periampullary malignancies). Ung thư tá tràng có thể phẫu thuật triệt căn, có kết quả lâu dài khá thuận lợi. Bên cạnh các ung thư xuất phát từ biểu mô còn có các dạng ung thư như GIST (gastrointertinal-stroma tumor), u thần kinh-nội tiết, u lymphoma, sarcomas..., các di căn của ung thư từ nơi khác đến. Chúng tôi tổng kết loạt ca lâm sàng với mục tiêu mô tả các hình thái lâm sàng của các khối u, ung thư tại tá tràng và đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật (PT).

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

+ **Đối tượng nghiên cứu (NC):** Những bệnh nhân (BN), không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán U tá tràng hoặc ung thư tá tràng, được điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, bệnh viện K.

++ Loại trừ: Các khối u quanh bóng vater, ung thư phần thấp OMC, ung thư đầu tụy hoặc các ung thư từ nơi khác di căn tới

+ Phương pháp NC: mô tả hồi cứu.

+ Thời gian: 2020-2023.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Có 10 BN đủ tiêu chuẩn, Nam 60%, (6 BN) Nữ 40% (4 BN), Tuổi TB: 52,5

+ Lâm sàng:

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	N	%
Đau bụng	9	90
Nôn	2	20
Xuất huyết tiêu hóa*	3	30
Chảy máu trong ổ bụng	1	10
Hẹp tá tràng	2	20
Đã nổi vị tràng	1	10
Thăm trực tràng phân đỏ:	2	20
Thăm trực tràng phân đen	1	10
Sờ thấy u	1	10

\***Xuất huyết tiêu hóa:** Nôn máu + Ía phân đen đỏ: 2 BN (2 mổ cấp cứu); Ía phân đen 1 BN

**Bảng 2: Các xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh**

TT	Các phương pháp	n	%
1	Nội soi dạ dày (NSDD): + U D' niêm mạc DII (D' vater) hoặc DII-III	5	50%
	+ U DII trên Vater	1	10
	+ Máu đỏ, máu cục DII D'' Vater, ko thấy U:	1	10
	+ Không thấy U	3	30
2	Chụp CLVT: + Không thấy U:	1	10
	+ Khối u tá tràng:	8	80
	+ Tổn thương D' (Vater thông với ĐM vùng đầu tụy 0,6 mm	1	10
3	Siêu âm nội soi (SANS):	2	20
	+ GIST D2:	1	10
	+ GIST D2-D3:	1	10
4	Xét nghiệm		
	+ Thiếu máu: Năng: 2 BN	2	20
	TB: 2 BN.	2	20
	+ Tắc mật: (viêm tụy mãn)	1	10



**Ảnh 1: BN Vũ Thị L, NSDD thấy U D2**



**Ảnh 2: CLVT GIST DII-DIII, XHTH nặng, sốc**

**mất máu, nhóm máu rh (-)**  
**Bảng 3: Tổn thương trong mổ**

TT	Tổn thương	Vị trí	n	%
1	Ung thư DII tá tràng (AC) trên bóng Vater	DII	1	10
2	+ GIST tá tràng: +GIST tá tràng: + GIST tá tràng (gây lồng ruột vào DII)	DII	2	20
		DII-DIII	3	30
		DIII-D IV	1	10
3	U lympho tá tràng	DIV	1	10
4	U cơ tá tràng	DII (D' Vater)	2	20

- + Kích thước (KT) khối U:
- ++ Ung thư D2 (AC) KT 2,5- 1 cm
- ++ GIST tá tràng: < 5 cm: 1 BN; KT 5 - 10 cm: 4 BN (40%); KT > 10 cm: 1 BN (10%).
- ++ U cơ (leiomyoma) KT 2 cm-3 cm: 2 BN (20%)
- ++ U lympho > 10 cm: 1 BN (10%)
- Phương pháp mổ: Mổ phiên 8 BN (80%); Mổ cấp cứu 2 BN (20%), sốc mất máu.
- + Cắt khối tá tụy: 1 BN (10%)
- +Cắt đoạn DII trên Vater, cắt bán phần DD, DL móm tá tràng: 1 BN (10%).
- +Cắt đoạn DII D' Vater, tháo miệng nối vị tràng, cắt hang vị: 1 BN (10%)
- + Cắt đoạn DII-DIII tá tràng, cắt hang vị, nối vị tràng, DL móm tá tràng: 3 BN (30%)
- + Cắt đoạn DII-DIII-DIV tá tràng, cắt hang vị, DL móm tá tràng 1 BN (10%).
- + Cắt đoạn DIV, cắt đoạn ruột non, nối vị tràng: 1 BN ( 10%)
- + Khâu cầm máu,cắt hang vị, DL móm tá tràng: 1 BN (10%)
- + Nối vị tràng, nối mật ruột: 1 BN (10%).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- + Không có TV trong, sau mổ và ≤ 30 ngày
- + Biến chứng: Rò 3 BN (1 cắt khối tá tụy, rò mật và tụy), 2 rò nhỏ (1 BN sau cắt DII-DIII, DIV; 1 BN sau cắt đoạn D2-D3), tự liền sau điều trị nội (nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, octreotide, kháng sinh).
- + Không có BN mổ lại.
- + GPB: 100% GIST làm hóa mô miễn dịch: 2 BN GIST nguy cơ cao (1 BN U > 5 cm, D' Vater, 1 BN U>10 cm, vỡ, M gan (Cắt gan HPT VI), 2 BN kết quả HMMD: 1 nhân chia/25 vi trường xin điều trị hóa chất tại địa phương; 2 BN khác từ chối hóa chất.
- + BN ung thư tá tràng AC từ chối điều trị hóa chất.

**IV. BÀN LUẬN**

Ung thư tá tràng hiếm gặp chiếm tỷ lệ 0,5% tổng số ung thư đường tiêu hóa tuy nhiên chiếm

≥ 50% tổng số ung thư dạng adenocarcinoma (AC) tại ruột non [1]

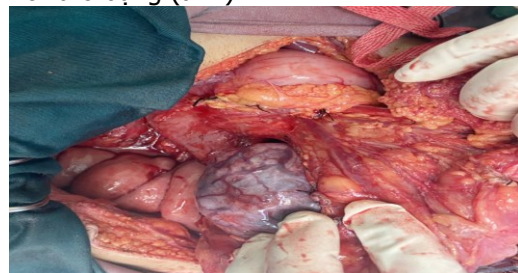
Phẫu thuật cắt u là lựa chọn để điều trị ung thư tá tràng (UTTT) [2] có thể mổ cắt khối tá tụy, cắt đoạn tá tràng tuy nhiên còn có sự bàn luận về cắt khối tá tụy hay cắt đoạn tá tràng liên quan đến nạo vét hạch.

+ NC Meta-Analysis gồm 26 NC trên 6438 BN chẩn đoán UTTT: 71% phẫu thuật (PT) triệt căn (53- 100%); 29% PT palliative (0-61%), tỷ lệ sống sau 5 năm của PT triệt căn là 46% so với PT palliative là 1%. Cắt khối tá tụy hay cắt đoạn tá tràng triệt căn đều cho phép nạo vét hạch, có tỷ lệ sống sau 5 năm như nhau. Tỷ lệ sống sau 5 năm của di căn hạch là 21% VS không có di căn hạch là 65%. Các NC cho thấy ở thời điểm hiện tại không thấy lợi ích của hóa trị bổ trợ đối với khả năng sống thêm.

- Kết quả NC của 8 báo cáo so sánh thời gian sống thêm của cắt khối tá tụy so với cắt đoạn tá tràng: không có sự khác biệt có ý nghĩa đối với thời gian sống thêm của 2 loại phẫu thuật triệt căn. Có 2 NC [3] số lượng hạch nạo vét của mổ cắt khối tá tụy cũng như số lượng hạch (+) nạo vét được > cắt đoạn tá tràng, tuy nhiên các NC khác cho thấy không có sự khác biệt, không ảnh hưởng đến OS (thời gian sống thêm) [4].

+ NC của chúng tôi có 1 BN được chẩn đoán AC tá tràng. BN này vào viện vì đau bụng và XHTH, gầy sút, ỉa phân đen, không nôn. Tổn thương là AC D2 trên Vater, chúng tôi mổ cắt đoạn D2, cắt đoạn dạ dày, vét hạch, dẫn lưu (DL) móm tá tràng. GPB là AC tá tràng biệt hóa vừa,xâm lấn lớp cơ, 8/8 hạch (-).

+ Chúng tôi có 6 BN GIST tá tràng: 1 BN GIST DII D' bóng vater / nối vị tràng tại địa phương do hẹp tá tràng; 3 BN GIST gồ dưới tá tràng (DII-DIII) trong đó có 1 BN khối U> 10 cm đã vỡ ra ổ bụng (ảnh):

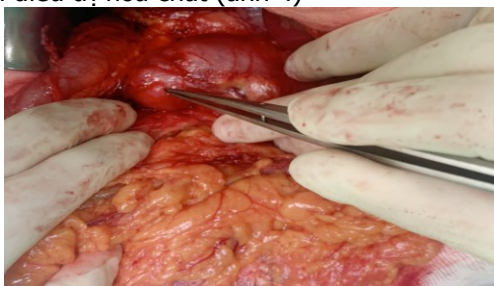


**Ảnh 3: GIST gồ dưới > 10 cm đã vỡ**

+ BN này tổn thương trong mổ là khối U >10 cm đã vỡ ra ổ bụng, nằm ở DII-DIII tá tràng, mổ cắt đoạn DII-DIII dưới Vater nối tận-tận 2 lớp, cắt hang vị dạ dày, DL móm tá tràng.

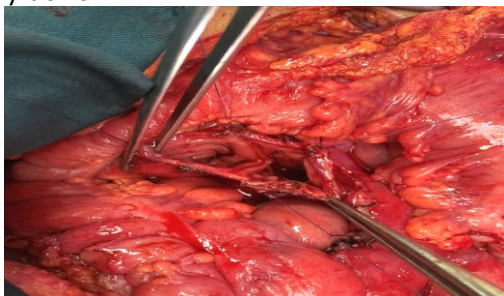
+ 1 BN khác GIST DII-DIII gây XHTH cao, sốc mất máu/ nhóm máu hiếm rh(-) được mổ cấp cứu cắt đoạn DII-DIII, cắt hang vị, DL móm tá tràng. BN này được truyền 6 ĐV máu trong và sau mổ, diễn biến lâm sàng thuận lợi, kết quả GPB là GIST KT 5-3 cm, Hóa mô MD:GIST/1 nhân chia /25 vi trường.

+ BN khác, nữ 66 T, GIST DII-DIII KT 3,5-5 cm (D' Vater), được cắt đoạn DII-DIII, nối tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng, BN này sau mổ có rò nhỏ < 50 ml/24 h, tự liền. BN này tử chối điều trị hóa chất (ảnh 4)



**Ảnh 4: GIST DII-DIII (Đoàn Thị H)**

+ 1 BN khác: BN nữ, 64 T, chụp CLVT trước mổ có khối 4-5 cm vùng DIII-DIV tá tràng, NSDD thấy khối D' Vater do lồng ruột (ảnh 1), mổ ra là khối lớn kẹt ở DIII-DIV KT 5-5 cm, PT cắt đoạn DIV-DIII và DII tá tràng nối tận-tận, cắt hang vị, DL móm tá tràng. Kết quả GPB là GIST 1 nhân chia /25 vi trường. BN này có rò nhỏ <50ml/24 h, điều trị nhìn ăn và octreotide 7 ngày đỡ rò.



**Ảnh 5: Cắt đoạn DII-DIII tá tràng**

Vị trí hay gặp nhất của GIST tá tràng là DII rồi đến DI. NC 142 BN GIST tá tràng trong 10 năm (2008-2018) của Haojie Du [5]: Vị trí U hay gặp nhất là DII (52,1%), tiếp đến là DI (19%). Triệu chứng LS thường gặp là XHTH (44,4%), đau bụng và chướng bụng. Siêu âm nội soi (SANS) có độ nhạy và giá trị chẩn đoán dương tính > CLVT và MRI. Có 131 BN được mổ cắt đoạn tá tràng, bóc u hay cắt khối tá tụy. Nhóm BN cắt khối tá tụy có kích thước U và biến chứng sau mổ > so với nhóm cắt đoạn tá tràng.

- Povivanov [6] tổng kết 86 nghiên cứu từ 2001-2017 có 549 GIST tá tràng trong đó 27 BN mổ cắt khối tá tụy, 96 BN mổ cắt U (local resection), 426 BN mổ cắt đoạn tá tràng hoặc cắt khối tá tụy hoặc cắt tá tràng hình chêm. Vị trí hay gặp là DII tá tràng (59-63%), DIII (22%), DIV và DI ít gặp, GIST bóng Vater rất hiếm gặp (12 BN được công bố). Có 70% BN có triệu chứng lâm sàng, 21% phát hiện tình cờ, 10% qua sinh thiết. Triệu chứng hay gặp nhất là XHTH cao rồi đến đau bụng, ậm-ạch, sờ thấy U.

+ Chúng tôi có 2 BN nghi ngờ u cơ trơn (leiomyome) D2 tá tràng D' bóng Vater. Trường hợp thứ nhất u gây hẹp D2 D' bóng vater/ BN uống nhiều rượu. Chụp VLVT thấy sỏi tụy, viêm tụy mạn nhưng Wirsung chỉ giãn 4 mm, đường mật giãn (tắc mật), trường hợp này chúng tôi nối mật ruột, nối vị tràng (do tuổi cao, chức năng gan kém).

+ BN u cơ trơn thứ 2: BN nam, 60 T, nghiên cứu rượu, chức năng gan giảm, tiểu cầu thấp, XHTH sốc mất máu do u cơ trơn D2 D' Vater. Trường hợp này NSDD cấp cứu thấy máu đỏ và máu cục ở D2 nhưng không thấy tổn thương, mổ cấp cứu tổn thương là khối khoảng 2 cm D' Vater đang đùn máu liên tục. Do tiểu cầu và chức năng gan giảm nên chúng tôi mở tá tràng khâu cầm máu, cắt hang vị, dẫn lưu móm tá tràng và nối vị tràng. BN này sau mổ tái XHTH phải truyền tiểu cầu và PPI.

+ Keisuke Nonoyama [8] báo cáo BN nữ, 44 T, XHTH do u cơ trơn D3-D4 tá tràng, được mổ cắt đoạn D3-D4 nối tận tận. Các NC cho thấy tỷ lệ u lành tá tràng dao động từ: 0,02-0,12%. Tỷ lệ u lành tá tràng chiếm 30% trong số u lành của ruột non (35/115 BN). U cơ trơn ruột non chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp đến adenoma và lipoma (25,3%). U cơ trơn thường gặp ở D2 (50%)[7] với các triệu chứng ỉa phân đen, đau bụng, ỉa lỏng. Các triệu chứng thường xuất hiện muộn do U thường phát triển ra ngoài lòng ruột. NC tính chất của leiomyomas và leiomyosarcomas qua chụp mạch máu, các tác giả [7] thấy sự khác biệt cơ bản giữa leiomyosarcomas và leiomyomas là leiomyosarcomas có bờ không rõ trong khi leiomyomas có bờ rõ và mềm. Các leiomyosarcomas thường xâm lấn đầu tụy, di căn gan sớm. Những di căn gan này do giàu mạch máu thường được phát hiện qua chụp mạch khi kích thước còn rất nhỏ. Tác giả cho rằng nên chụp mạch gan tất cả BN khi u ruột non được chẩn đoán bằng chụp mạch. Một số u cơ ruột non có nguồn gốc thần kinh có hình ảnh giống leiomyomas. Ung thư tá tràng nghèo mạch máu. Các u

adenoma hay cystadenoma đều giàu mạch.

+ N.Nwude [8] báo cáo ca BN nam, 75 T, XHTH nặng do leiomyoma D2-D3 tá tràng. BN được truyền 12 ĐV máu. Chụp mạch thấy thoát thuốc từ ĐM vị tá tràng, nút mạch cấp cứu bằng 6-10 mm nitinol coil.

+ Như vậy số liệu của chúng tôi có 6 BN GIST tá tràng (60%) chủ yếu là GIST DII D' bóng Vater và DII-DIII, 1 BN ung thư tá tràng (10%), 2 BN u cơ tá tràng (20%), 1BN u lympho DIV. Mổ cắt đoạn tá tràng 60%, 10% cắt khối tá tụy, 10% khâu cầm máu XHTH nặng sốc mất máu do leiomyome D2 dưới bóng Vater, 1 BN nội mật ruột, vị tràng. Không có TV trong và sau mổ. 3 BN rò tự liền.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị các khối U hay ung thư tá tràng chủ yếu là phẫu thuật. Đối với ung thư tá tràng AC, cắt đoạn tá tràng hay cắt khối tá tụy phụ thuộc vào vị trí U đều cho kết quả tương đương với điều kiện đạt được di căn R0. Giá trị tiên lượng quan trọng nhất là di căn hạch. Nên nạo vét hạch rộng rãi

Đối với GIST tá tràng, mổ cắt khối tá tụy khi khối U GIST nằm ở vị trí bóng Vater. Cắt khối tá tụy, cắt đoạn tá tràng cho kết quả tương đương với điều kiện diện cắt R0 (cách khối U 1-2 cm). Do có tỷ lệ di căn hạch rất thấp nên phẫu thuật GIST không cần nạo vét hạch.

Đối với các khối u leiomyoma có thể nút mạch trước (khi có XHTH) sau đó mổ cắt U sau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Legue LM, Bernard N, Gerritse SL, et al.** Trends in incidence, treatment and survival of small bowel adenocarcinomas between 1999 and 2013: a population base study in the Netherlands. *Acta Oncologica* 2016; 55 (9-10):118-9.
2. **Jabbour SK, Mulvihill D.** Defining the role of adjuvant therapy: ampullary and duodenal adenocarcinoma. *Semin Radiat Onco.*2014;24(2): 85-93.
3. **Onkendi EO, Boostrom SY, Sarr MG.** 15 years experience with surgical treatment of duodenal carcinoma: a comparison of periampullary and extraampullary duodenal carcinomas. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(4):682-91.
4. **Kaklamanos IG, Bathe OF, Franceschi D et al.** Extent of resection in the management of duodenal adenocarcinoma. *Am J Surg.*2000; 179(1): 37-41.
5. **Haoji Du, Longgui Ning, Shali, Xinhe Lou.** Diagnosis and treatment of Duodenal Gastrointestinal Stromal Tumors. *Clin Transl Gastroenterol* 2020; 11(3),1-10.
6. **Georgi Povivanov, Mihai Tabakov, George Mantese et al.** Surgical treatment of gastrointertinal stromal tumors of the duodenum: a literature review. *Translation gastroenterology and hepatology.*2018.3(9):1-19
7. **Keisuke Nonoyama Hidehiko Kitagami et al.** A Giant Leiomyoma Showing Increased Uptake on 18F-Fluorodeoxyglucose Position Emission Tomography. *Hindawi Case Reports in Surgery* volume 2018, Article ID: 7827163, 1-5.
8. **N.Nwude et al.** Duoenal leiomyoma as a rare cause of gastrointertinal bleeding in a Nigerian-case report with presentation of minimally invasive therapeutic intervention. *Annals of Ibadan Posgadugate Medecine.* 2023.Vol 21.No 1 68-70

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA RAU TIỀN ĐẠO RAU CÀI RĂNG LỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các thai phụ được chẩn đoán rau tiền đạo trung tâm rau cài răng lược được xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 76 sản phụ được chẩn

đoán rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Kết quả:** 76 thai phụ tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình thai phụ là 34,3 tuổi, tiền sử hút thai chiếm 36,8%, tiền sử mổ lấy thai 1 lần, 2 lần, 3 lần chiếm lần lượt 35,5%, 51,3%, 13,2%. Triệu chứng ra máu âm đạo chiếm 36,8%, đau bụng chiếm 26,3%; cả đau bụng và ra máu chiếm tỷ lệ 11,9% và 48,7% không có triệu chứng. Rau bám mặt trước chiếm 94,8%, bám mặt sau chỉ chiếm 5,2%. Tỷ lệ thai phụ bị rau tiền đạo trung tâm, bám mép, bám thấp chiếm lần lượt 81,6%; 7,9% và 10,5%. **Kết luận:** Rau cài răng lược thường xuất hiện trên những thai phụ rau tiền đạo trung tâm, bám mặt trước và có tiền sử mổ lấy thai nhiều lần.

**Từ khóa:** Rau cài răng lược, rau tiền đạo

### SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024