

Có sự liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế gia đình với kiến thức về MCBGTKS của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Có sự liên quan giữa nhóm tuổi, nghề nghiệp với thái độ về MCBGTKS của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Yếu tố trình độ học vấn, giới tính của các con hiện có, áp lực sinh con trai từ gia đình và của bản thân, thái độ đối với vấn đề MCBGTKS của ĐTN có liên quan đến thực hành về MCBGTKS của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

KẾT LUẬN

1. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành

Tỷ lệ kiến thức đạt về MCBGTKS của phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ tương đối cao, đạt 78,4%.

Tỷ lệ phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ có thái độ đạt về vấn đề MCBGT khi sinh chỉ đạt 59,1%.

Tỷ lệ thực hành đạt về mất cân bằng giới tính của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng trong nghiên cứu tương đối cao với 74,7%.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng nghiên cứu về vấn đề mất cân bằng giới tính khi sinh

Liên quan đến kiến thức: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế gia đình liên quan đến kiến thức về MCBGTKS của ĐTN.

Liên quan đến thái độ: Nhóm tuổi, nghề nghiệp có liên quan đến thái độ về MCBGTKS của ĐTN.

Liên quan đến thực hành: Yếu tố trình độ học vấn, giới tính của các con hiện có, áp lực sinh con trai từ gia đình và của bản thân, thái độ đối

với vấn đề MCBGTKS của ĐTN có liên quan đến thực hành về MCBGTKS của ĐTN.

KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường truyền thông, giáo dục, vận động để người dân nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành.

- Tăng cường hỗ trợ đời sống, phát triển kinh tế đối với người dân.

- Nâng cao hiệu lực thực thi pháp luật về nghiêm cấm các hình thức lựa chọn giới tính thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chỉ đạo tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương (2019). Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở tính đến thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 04 năm 2019, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội,

2. Hoàng Việt Cường (2018). Kiến thức, thái độ, thực hành về mất cân bằng giới tính khi sinh và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Ninh Bình năm 2018, Luận văn Thạc sĩ, Chuyên ngành Y tế Công cộng, Trường Đại học Thăng Long, 68 tr.

3. Tổng cục Thống kê, Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình (2019). Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, Hà Nội

4. UNFPA (2009). Những biến đổi gần đây về tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam - Tổng quan các bằng chứng.

5. Nguyễn Thị Thanh Xuân, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Trần Thị Tuyết Nga (2018). "Mong muốn giới tính của con trong lần sinh kế tiếp ở phụ nữ có chồng tại xã Nhị Thành và xã Bình Thạnh, huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2017". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập: 22 (Phụ bản: 1), 217 - 224.

6. M. Chiweshe, J. Mavuso, C. Macleod (2017). "Reproductive justice in context: South African and Zimbabwean women's narratives of their abortion decision". *Feminism & Psychology* 27 (2), 203 - 224.

THÔNG BÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TRƯỜNG HỢP U NHẦY NHÚ NỘI ỐNG TUYẾN VÙNG ĐẦU TUY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUY

NGUYỄN HOÀNG^{1,2}
NGUYỄN AN KHANG^{1,2}, NGUYỄN ĐĂNG HƯNG^{1,2}
¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
²Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoàng
Email: drhoangnt29@gmail.com
Ngày nhận: 15/9/2021
Ngày phân biện: 22/10/2021
Ngày duyệt bài: 03/11/2021

TÓM TẮT

U nhầy nhú nội ống tuyến tụy (intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas-IPMNs) là một trong các khối u dạng nang của tụy, phát triển từ bên trong các ống tụy và tiết ra

chất nhầy. Chúng có khả năng tiến triển thành ác tính, chính vì vậy việc chẩn đoán sớm là vô cùng quan trọng. Về điều trị, phẫu thuật được chỉ định cho tất cả những trường hợp IPMN ống chính và IPMN hỗn hợp, IPMN nhánh bên có nguy cơ ác tính cao. Tùy theo vị trí tổn thương mà có các loại phẫu thuật khác nhau áp dụng cho điều trị IPMNs như cắt khối tá tụy, cắt lách - thân - đuôi tụy, cắt thân - đuôi tụy bảo tồn lách, cắt tụy trung tâm, cắt tụy toàn bộ... Chúng tôi thông báo một trường hợp u nhầy nhú nội ống tuyến vùng đầu tụy, được điều trị bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy.

Từ khóa: Ung thư tụy, u dạng nang của tụy, u nhầy nhú nội ống tuyến của tụy.

SUMMARY

PANCREATODUODENECTOMY FOR TREATMENT OF INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASMS IN THE HEAD OF PANCREAS - A CASE REPORT

Intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMNs) are cystic neoplasms of the pancreas that grow within the pancreatic ducts and produce mucin. They have the potential to become malignant, so it is important to diagnose them early. Surgery is indicated in patients with main duct IPMNs, mix IPMNs, high risk malignant branch duct IPMNs. Depending on the location of the lesion, there are different types of surgery applied to treat IPMNs such as pancreaticoduodenectomy, spleen-preserving distal pancreatectomy, central pancreatectomy, total pancreatectomy... We report a case of IPMN in the head of pancreas, which was treated with pancreaticoduodenectomy.

Keywords: Carcinoma of pancreas, cystic tumors of pancreas, intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN)

ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhầy nhú nội ống tuyến tụy (intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas-IPMNs) là một trong các khối u dạng nang của tụy, phát triển từ các ống tụy bởi các tế bào chế nhầy, được đặc trưng bởi sự giãn nở của ống tụy kèm theo sự phát triển của tổ chức nhú trên thành ống tụy và tăng tiết chất nhầy, chính sự tiết chất nhầy này gây hậu quả làm giãn ống tụy do tắc nghẽn^[1]. IPMN lần đầu tiên được mô tả bởi Ohhashi và cộng sự năm 1980, IPMNs được coi là một trong các tổn thương tiền ung thư của tụy cùng với tân sản biểu mô nội ống tụy và u nang nhầy của tụy. Về phân loại, theo vị trí, u nhầy nhú nội ống tuyến tụy được chia làm 3 loại là IPMN ống chính - main duct IPMN (MD-

IPMN), IPMN nhánh bên - branch duct IPMN (BD- IPMN) và IPMN hỗn hợp- mixed type IPMN (MT- IPMN), trong đó IPMN ống chính là loại tổn thương có nguy cơ ác tính cao nhất, chủ yếu gặp ở vùng đầu tụy, ngược lại, IPMN nhánh bên lại chủ yếu gặp ở thân và đuôi tụy. Theo mức độ biệt hóa, IPMNs được chia làm 3 mức độ: loạn sản độ thấp, loạn sản độ trung bình và loạn sản độ cao (ung thư biểu mô tại chỗ)^[2].

Về mặt chẩn đoán, đa số bệnh nhân vào viện với các triệu chứng như đau bụng thượng vị có liên quan đến bữa ăn, gầy sút cân, vàng da, tiểu đường. Ngoài ra, trong những trường hợp IPMN có kèm theo ung thư biểu mô xâm lấn, các triệu chứng điển hình của ung thư tụy cũng có thể gặp. Chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất trong chẩn đoán IPMNs bởi khả năng dựng hình toàn bộ ống tụy và các nhánh của nó cũng như cho thấy sự thông thương của tổn thương dạng nang với ống tụy. Siêu âm nội soi trong chẩn đoán IPMNs cung cấp những thông tin về sự giãn của ống tụy, các nodule ở thành ống tụy và tình trạng nhu mô tụy^[3]. Chẩn đoán IPMNs đôi khi khó khăn vì có thể nhầm lẫn với một số tổn thương khác ở tụy như viêm tụy mạn, u nang nhầy của tụy, nang thanh dịch của tụy hay nang giả tụy.

Về điều trị, phẫu thuật cắt bỏ được chỉ định cho tất cả những trường hợp IPMN ống chính và IPMN hỗn hợp, IPMN nhánh bên có nguy cơ ác tính cao. IPMNs nhánh bên có nguy cơ ác tính cao là những IPMN có một trong số các đặc điểm sau: vàng da tắc mật, đường kính ống tụy chính giãn từ 10 mm trở lên, có thành phần tổ chức đặc ở trong nang, có nodule ở thành nang... Điều trị bảo tồn được chỉ định cho những trường hợp IPMN nhánh bên không có các đặc điểm tiên lượng ác tính và tiêu chuẩn cụ thể còn đang chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu^[3,4].

Tùy theo vị trí tổn thương mà có các loại phẫu thuật khác nhau áp dụng cho điều trị IPMNs như cắt khối tá tụy, cắt lách - thân - đuôi tụy, cắt thân- đuôi tụy bảo tồn lách, cắt tụy trung tâm... Cắt tụy toàn bộ chỉ được chỉ định trong những trường hợp IPMN lan tỏa từ đầu đến thân tụy. Dù là loại phẫu thuật nào, yêu cầu về mật ung thư học cần được đảm bảo thể hiện qua sinh thiết tức thì diện cắt âm tính, tất nhiên phải cân nhắc bảo tồn nhu mô tụy tối đa để tránh suy tụy nội tiết và ngoại tiết sau mổ. Chúng tôi xin thông báo một trường hợp u nhầy nhú nội ống tuyến vùng đầu tụy, được điều trị bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có tăng huyết áp, không có đái tháo đường, đi khám vì đau bụng âm ỉ vùng thượng vị kèm theo sút 2,5kg trong vòng 1 tháng. Khám lúc vào viện: bệnh nhân không sốt, thể trạng trung bình (BMI 20,2), da, niêm mạc không vàng, bụng mềm, không chướng, không sờ thấy khối, gan, lách không to, hạch ngoại vi không sờ thấy. Bệnh nhân được chỉ định siêu âm bụng và làm các xét nghiệm máu. Trên siêu âm bụng phát hiện khối dạng nang vùng đầu tụy kích thước 2x3cm, giãn đường mật trong và ngoài gan, ống tụy chính giãn 11 mm. Xét nghiệm máu không có thiếu máu (hồng cầu 4,5 T/l, hemoglobin 117 g/l, hct 38%), CA 19-9 trong giới hạn bình thường (33,6 U/ml), không có tắc mật (bilirubin toàn phần 3,8 $\mu\text{mol/l}$, bilirubin trực tiếp 1,8 $\mu\text{mol/l}$). Bệnh nhân được chỉ định chụp MRI ổ bụng, trên MRI có hình ảnh ống tụy giãn 10mm, đoạn đầu tụy sát với D2 tá tràng ống tụy hình thành hình túi kích thước 28 x 30mm, thành dày, bên trong có tổ chức hạn chế ngấm thuốc sau tiêm, đường mật trong và ngoài gan giãn nhẹ, ống mật chủ giãn 10 mm, thôn nhỏ đoạn đầu tụy, tụy teo nhỏ, nhu mô mỏng 3mm, hạch cạnh đầu tụy kích thước 14 x 15 mm, bờ không đều. Soi dạ dày có hình ảnh viêm niêm mạc vùng hang vị, soi đại tràng bình thường, siêu âm tim có chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường (EF 65%), đo chức năng hô hấp không có rối loạn thông khí.



Hình 1. Hình ảnh MD - IPMN vùng đầu tụy trên MRI ổ bụng

Với chẩn đoán trước mổ là u nhầy nhú nội ống tuyến vùng đầu tụy, bệnh nhân được phẫu

thuật ngày 20/02/2020 với đường mổ trắng giữa trên rốn vòng qua dưới rốn. Vào ổ bụng kiểm tra thấy ổ bụng có ít dịch tiết, phúc mạc nhẵn, gan 2 thùy hồng, không có ứ mật, túi mật không căng, ống mật chủ giãn 1cm. Toàn bộ tụy teo nhỏ, nhu mô mỏng, vùng đầu tụy có khối u dạng nang kích thước 2 x 3cm, mật độ mềm, di động cùng khối tá tụy. Khối này nằm trong lòng ống tụy, chưa xâm lấn ra thanh mạch, hạch xung quanh khối u không to. Tiến hành làm động tác Kocher di động toàn bộ khối tá tràng- đầu tụy, hạ đại tràng góc gan, tách mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang và mạc treo đại tràng ngang, vét hạch nhóm 12, 13, cắt túi mật, cắt đôi ống mật chủ trên chỗ đổ vào của ống cổ túi mật, phẫu tích vét hạch nhóm 7, 8, 9, thắt động mạch vị tá tràng, cắt đôi hang vị, luồn lách tĩnh mạch cửa khỏi mặt sau eo tụy, cắt đôi đầu và thân tụy thấy tổ chức nhầy trong lòng ống tụy chảy ra có màu trắng đục, đặc, sinh thiết tức thì tổ chức nhầy có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy, nạo vét hạch, nối tụy dạ dày. Diễn biến sau mổ bình thường, bệnh nhân được rút sonde dạ dày và cho ăn vào ngày thứ 6 sau mổ, rút hết dẫn lưu ổ bụng vào ngày thứ 8 và ra viện vào ngày thứ 9. Bệnh nhân được xét nghiệm amylase dịch dẫn lưu ổ bụng vào ngày thứ 3 sau mổ không thấy rò tụy (amylase dịch 35 U/l). Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u nhầy nhú nội ống tuyến tụy xâm nhập mô đệm, các diện cắt âm tính, 9/9 hạch viêm mạn tính, không có tế bào ác tính (pT1N0). Bệnh nhân được hội chẩn thêm với chuyên khoa ung bướu, không có chỉ định điều trị hóa chất sau mổ và cho hẹn khám lại định kì.

BÀN LUẬN

Bệnh nhân IPMN thường không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, khi có triệu chứng thì thường bệnh ở giai đoạn tiến triển hoặc có xâm lấn xung quanh. Đau bụng và vàng da thường là biểu hiện bệnh ở giai đoạn khối u xâm lấn xung quanh trong 77-80% các trường hợp, ngoài ra bệnh nhân có thể các biểu hiện khác như: gầy sút cân, đái đường mới khởi, ỉa phân sống hoặc đau lưng. Bệnh nhân của chúng tôi đến viện vì triệu chứng đau tức vùng thượng vị và gầy sút 2,5 kg trong 1 tháng. Chụp cộng hưởng từ rất có ý nghĩa trong chẩn đoán IPMN, siêu âm nội soi là biện pháp chẩn đoán mang lại nhiều giá trị. Tuy nhiên không nên sinh thiết qua siêu âm nội soi nếu chẩn đoán đã rõ ràng hoặc bệnh nhân đã có chỉ định phẫu thuật. Theo AGA (American Gastroenterological Association) khuyến cáo chỉ

nên sinh thiết qua siêu âm nội soi khi nang kích thước ≥ 3 , có thành phần tổ chức đặc hoặc giãn ống tụy chính. Dịch chọc hút qua siêu âm nội soi có độ đặc hiệu cao (91%) nhưng độ nhạy thấp (65%) khi chẩn đoán IPMN lành tính hay ung thư. Độ nhạy sẽ tăng lên nếu nang phát triển từ thành ống tụy hoặc khối u nang có tổ chức đặc, biến chứng của sinh thiết qua siêu âm nội soi thường thấp (0-2,5%). Biến chứng có thể gặp khi chọc hút qua siêu âm nội soi là đau bụng, nhiễm khuẩn, chảy máu và viêm tụy, hầu hết các biến chứng này chỉ cần điều trị nội khoa bằng kháng sinh. Xét nghiệm CA 19-9 trong dịch chọc hút có giá trị trong chẩn đoán, nếu CA 19-9 dưới 37U/ml thường không nghĩ đến khối u chế nhày. Ngoài ra, còn có các biện pháp chẩn đoán khác như nội soi ống tụy qua ERCP hoặc soi ống tụy trong mổ. Bệnh nhân của chúng tôi không thực hiện siêu âm nội soi do bệnh nhân đã được chẩn đoán IPMN điển hình trên phim cộng hưởng từ.

Chỉ định phẫu thuật trong điều trị IPMNs là do nguy cơ ác tính của nó. Với MD-IPMN (main duct-IPMN), tần suất ác tính trung bình lên tới 61,6%, trong đó tỷ lệ ác tính xâm lấn là 43,1%. Trong BD-IPMN (branch duct-IPMN), tần suất ác tính là 25,5%, tỷ lệ ác tính xâm lấn khoảng 17,7%^[3]. Do có tỷ lệ ác tính giống như MD-IPMN nên MT-IPMN (mixed type-IPMN) và MD-IPMN có chỉ định điều trị giống nhau. Mục đích của phẫu thuật là lấy bỏ được toàn bộ khối u với diện cắt âm tính. Chỉ định của phẫu thuật cắt bỏ đối với tất cả MD-IPMN nhìn chung đã được thống nhất cả ở trong hướng dẫn đồng thuận quốc tế về điều trị IPMN và MCN (mucinous cystic neoplasm) năm 2012 cũng như hướng dẫn điều trị các khối u dạng nang của tụy dựa trên bằng chứng của châu Âu năm 2018 do tỷ lệ ác tính cao của chúng, mặc dù ống tụy chính giãn trên 10mm là chỉ định tuyệt đối, còn ống tụy chính giãn từ 5 - 9,9mm là chỉ định tương đối^[3,5]. Ngược lại, chỉ định điều trị trong BD-IPMN hiện vẫn đang còn có những điểm chưa thống nhất, khi nào thì chỉ định mổ, khi nào thì điều trị bảo tồn và nếu điều trị bảo tồn thì phải theo dõi ra sao, theo dõi đến khi nào. Chính vì vậy, bản cập nhật của hướng dẫn đồng thuận quốc tế (2012) về điều trị IPMN và MCN đã chia các yếu tố dự báo nguy cơ ác tính thành 2 nhóm, nhóm một bao gồm các đặc điểm “đáng lo ngại” và nhóm hai bao gồm các đặc điểm có nguy cơ ác tính cao. Nhóm một bao gồm các yếu tố sau: Có triệu chứng lâm sàng của viêm tụy, đường kính nang trên 3 cm, thành nang dày, không có nụ

sùi ở thành nang, đường kính ống tụy chính từ 5 -9 mm, thay đổi đột ngột đường kính ống tụy kèm teo nhu mô thân và đuôi tụy. Nhóm hai bao gồm các đặc điểm vàng da tắc mật, có thành phần rắn trong nang và đường kính ống tụy chính giãn từ 10 mm trở lên. Với các BD-IPMN có các đặc điểm của nhóm hai, chỉ định phẫu thuật được đưa ra ngay lập tức, còn với những BD-IPMN có đường kính nang nhỏ hơn 3 cm và không có những đặc điểm “đáng lo ngại”, chỉ định điều trị bảo tồn và theo dõi định kì được đặt ra^[2].

Ở bệnh nhân của chúng tôi, chỉ định phẫu thuật là tuyệt đối vì là một trường hợp MD-IPMN có yếu tố dự đoán nguy cơ ác tính cao đó là ống tụy chính giãn 10mm. Do khối u khu trú ở vùng đầu tụy, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm theo nạo vét hạch chuẩn. Theo hướng dẫn điều trị các khối u dạng nang của tụy dựa trên bằng chứng của châu Âu (2018), chỉ định phẫu thuật cho IPMN bao gồm chỉ định tuyệt đối và tương đối, chỉ định tuyệt đối bao gồm: có triệu chứng vàng da tắc mật; đường kính ống tụy chính giãn từ 10 mm trở lên; có nụ sùi kích thước trên 5 mm ở thành nang; có thành phần rắn trong nang; tế bào học dịch nang có tế bào ung thư. Chỉ định tương đối bao gồm ống tụy chính giãn từ 5- 9,9mm; nụ sùi ở thành nang nhỏ hơn 5 mm; kích thước nang từ 4cm trở lên; kích thước nang tăng trên 5 mm mỗi năm; nồng độ CA 19-9 tăng cao (>37 U/mL). Phẫu thuật điều trị IPMN phải được coi như là một phẫu thuật ung thư với kết quả sinh thiết tức thì diện cắt âm tính, nạo vét hạch tiêu chuẩn được chỉ định ở các trường hợp mà chỉ định mổ là tuyệt đối^[5]. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy đây là một trường hợp IPMN ác tính xâm lấn và phẫu thuật đã đạt được tính triệt căn. Nhiều thông báo của các tác giả khác trên thế giới thấy rằng mặc dù được phẫu thuật triệt căn nhưng tỷ lệ tái phát sau mổ bệnh nhân IPMN không có xâm lấn xung quanh khoảng 0-17% tùy từng nghiên cứu^[7,8]. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Nhật gồm 1074 bệnh nhân IPMN được phẫu thuật, số bệnh nhân này được chia làm 3 nhóm về kết quả giải phẫu bệnh: loạn sản mức độ thấp (low grade dysplasia-LGD), loạn sản mức độ cao (high grade dysplasia-HGD) và ung thư biểu mô nội ống nhú xâm nhập (invasive intraductal papillary carcinoma-IPMC) thấy rằng tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật ở nhóm LGD và nhóm HGD chỉ khoảng 0,7% trong khi tỷ lệ này ở nhóm IPMC là 43,3%.

Ngoài phân loại IPMN thành 3 nhóm (nhánh chính, nhánh bên và thể hỗn hợp) thì IPMN còn được chia theo hình dạng tế bào (thể dạ dày, thể ruột, thể mật-tụy và thể ung thư) trong đó thể mật-tụy có tỷ lệ tái phát cao nhất và tiên lượng thời gian sống thêm 5 năm sau mổ thấp nhất với tỷ lệ tương ứng là 46% và 54%, thể dạ dày có tỷ lệ tái phát thấp nhất và thời gian sống thêm 5 năm sau mổ cao nhất với tỷ lệ tương ứng là 9% và 85%. Tuy nhiên tỷ lệ tái phát nói chung của IPMN khoảng 11-20% (trung bình 58-73 tháng), tỷ lệ tái phát có thể lên đến 65% ở trường hợp IPMN ác tính. Đối với thể IPMN nhánh phụ, khoảng 40% là tổn thương đa ổ, điều này giải thích lý do tái phát sớm ở phần tụy còn lại. Theo Marchegiani, tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ của IPMN nói chung khoảng 77%, 69% đối với IPMN nhánh chính và 82% đối với IPMN nhánh phụ. Năm 2018 Vanella và cộng sự thực hiện một phân tích gộp thấy tỷ lệ chết hàng năm của IPMN nói chung là 23 trên 1000 người bệnh IPMN, trong khi đó đối với IPMN nhánh chính là 32 và 5 đối với IPMN nhánh phụ trên 1000 bệnh nhân IPMN [9]. Bệnh nhân của chúng tôi là IPMN nhánh chính, được phẫu thuật triệt căn và chúng tôi sẽ thông báo thời gian sống thêm ở bệnh nhân này khi thời gian theo dõi đủ dài.

KẾT LUẬN

Trong các tổn thương dạng nang của tụy, u nhầy nhú nội ống tuyến của tụy (IPMNs) tương đối thường gặp và là một trong các tổn thương tiền ung thư. Chỉ định mổ phụ thuộc vào sự có mặt của các yếu tố tiên lượng tổn thương ác tính bao gồm chỉ định mổ tuyệt đối và chỉ định mổ tương đối. Tất cả các IPMN ống chính (MD-IPMN) và IPMN hỗn hợp (MT-IPMN) đều có chỉ định mổ do nguy cơ ác tính cao. Ngược lại, IPMN nhánh bên (BD-IPMN) có chỉ định mổ khi có mặt một trong các yếu tố nằm trong chỉ định mổ tuyệt đối và tương đối, các BD-IPMN còn lại không có chỉ định mổ cần được theo dõi suốt đời hoặc cho đến khi cần phải phẫu thuật. Lựa chọn loại hình phẫu thuật cắt bỏ tụy phụ thuộc vào vị trí khối u, bao gồm phẫu thuật cắt khối tá tụy, phẫu thuật cắt thân-đuôi tụy có kèm theo cắt lách hoặc không, phẫu thuật cắt tụy toàn bộ. Phẫu thuật cắt bỏ nhu mô tụy giới hạn trong đó có cắt tụy trung tâm không được khuyến cáo trong điều trị IPMN do đây không phải là một phẫu thuật ung thư và tỷ lệ biến chứng cao. Qua

đây chúng tôi muốn giới thiệu một chỉ định của cắt khối tá tụy với nạo vét hạch tiêu chuẩn, điều trị cho một trường hợp IPMN ác tính xâm lấn ở vùng đầu tụy. Đây là một phẫu thuật ung thư đảm bảo được tính triệt căn (R0) và an toàn, không có tai biến, biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Machado NO, al Qadhi H, al Wahibi K.** Intraductal papillary mucinous neoplasm of pancreas. *North Am J Med Sci* 2015; 7:160-175.
2. **Grützmann R, Post S, Saeger HD, Niedergethmann M:** Intraductal papillary mucinous neoplasia (IPMN) of the pancreas: Its diagnosis, treatment, and prognosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(46): 788-794.
3. **Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, et al.** International Association of Pancreatology. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology* 2012; 12:183-197.
4. **Reto M. Käppeli, Sascha A. Müller, Bianka Hummel, et al.** IPMN: surgical treatment. *Langenbecks Arch Surg* 2013; 398, 1029-1037.
5. The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas. European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Gut* 2018; 67:789-804.
6. **Are, C., Dhir, M., & Ravipati, L.** History of pancreaticoduodenectomy: early misconceptions, initial milestones and the pioneers. *HPB* 2011; 13(6), 377-384.
7. **Lafemina J, Katabi N, Klimstra D, et al.** Malignant progression in IPMN: a cohort analysis of patients 40. initially selected for resection or observation. *Ann Surg Oncol.* 2013;20:440-7.
8. **Castellano-Megias VM, Andres CI, Lopez-Alonso G, et al.** Pathological features and diagnosis of intraductal 42. papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *World J Gastrointest Oncol.* 2014;6:311-24.
9. **Levink et al.** Management of intraductal papillary mucinous neoplasms: controversies in guidelines and future perspectives. *Curr treat options gastro.*