

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NANG BẠCH HUYẾT Ổ BỤNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Đức Tâm^{1,✉}, Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹, Trần Xuân Nam¹, Nguyễn Thọ Anh¹
Phan Hồng Long², Nguyễn Công Sơn¹, Hồ Tuấn Hoàng¹

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Nang bạch huyết ổ bụng là sự phát triển thành nang và giãn lớn của các mạch bạch huyết trong ổ bụng. Nghiên cứu hồi cứu 83 bệnh nhân (51 nam, 32 nữ) được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 2017 - 2021. Tuổi trung bình 45,63 tháng. Triệu chứng thường gặp là đau bụng (49,4%), sờ thấy khối vùng bụng (26,5%) và bụng chướng (22,9%). Vị trí nang bạch huyết ổ bụng gặp ở mạc treo ruột, mạc nối và sau phúc mạc với tỉ lệ lần lượt là 43,3%; 34,9% và 21,8%. Phương pháp phẫu thuật bao gồm cắt toàn bộ nang (45,8%), cắt đoạn ruột và toàn bộ nang (31,3%), cắt một phần nang và xơ hóa bằng Bleomycin (22,9%). Không có tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Trong số 13 trường hợp (15,7%) tái phát nang sau mổ, 9 trẻ thoái triển, 4 cần phẫu thuật lại cắt nang kết hợp xơ hóa. Trong nhóm nang sau phúc mạc, tỉ lệ tái phát 55,5% (10/18 trường hợp). Trong nhóm có áp dụng liệu pháp xơ hóa, tình trạng tái phát được ghi nhận ở 8 ca (42,1%). Theo dõi sau mổ trong thời gian trung bình 19,5 tháng không phát hiện biến chứng xa. Kết quả phẫu thuật điều trị nang bạch huyết ổ bụng cho trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương hiệu quả, an toàn với tỉ lệ tái phát thấp.

Từ khóa: Nang bạch huyết ổ bụng, liệu pháp xơ hóa, Bleomycin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang bạch huyết ổ bụng là một bất thường của hệ bạch huyết, biểu hiện bằng sự phát triển thành nang và giãn lớn của các mạch bạch huyết trong ổ bụng. Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 2 tuổi, vị trí tổn thương trong ổ bụng là ở mạc treo ruột, mạc nối lớn và sau phúc mạc, tuy nhiên cũng có thể gặp ở các tạng đặc như gan, lách...¹ Triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, có thể chỉ được phát hiện tình cờ hoặc trong bệnh cảnh như đau bụng không điển hình, bụng chướng, xuất hiện khối vùng bụng.^{1,2} Nếu không được điều trị, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng can thiệp ngoại khoa như đau bụng cấp, sốt cao, tắc ruột, chảy máu trong nang, viêm phúc mạc hoặc xoắn ruột.² Phẫu thuật cắt nang là phương

pháp điều trị cơ bản có thể khỏi bệnh. Tuy nhiên trong các trường hợp tổn thương lan tỏa, sau phúc mạc, hoặc tổn thương ở các vị trí không thể cắt triệt để, cần kết hợp liệu pháp xơ hóa để tránh tái phát. Một số chất tiêu xơ hay sử dụng hiện nay như Bleomycin, OK-432 (Picibanil), STS (sodium tetradecyl sulphate), Doxycycline, Ethanol 98%, trong đó Bleomycin hay được sử dụng nhất tại các cơ sở y tế trong nước.³ Đã có một số báo cáo về chủ đề nang bạch huyết ổ bụng được công bố trong nước và quốc tế, tuy nhiên đa số các báo cáo vẫn chỉ đánh giá hiệu quả của phẫu thuật đơn thuần, hoặc báo cáo các ca bệnh với số lượng bệnh nhân chưa nhiều và chưa đánh giá hiệu quả của việc phối hợp 2 phương pháp.⁴ Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật đơn thuần hoặc phẫu thuật kết hợp liệu pháp xơ hóa bằng Bleomycin, cho tình trạng bệnh lý nang bạch huyết ổ bụng ở trẻ em.

Tác giả liên hệ: Trần Đức Tâm

Bệnh viện Nhi trung ương

Email: trantam86@gmail.com

Ngày nhận: 19/04/2023

Ngày được chấp nhận: 28/04/2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật với chẩn đoán nang bạch huyết ổ bụng từ 01/2017 đến 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân có nang ở các vị trí thành ống tiêu hóa, mạc treo ruột non, mạc treo đại tràng, mạc nối lớn, mạc nối nhỏ, sau phúc, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là dị dạng mạch bạch huyết.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp nang thứ phát sau một can thiệp ổ bụng khác hoặc bệnh nhân có các bệnh lý khác ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Địa điểm nghiên cứu

Trung tâm Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Nhi trung ương.

Phương pháp chọn mẫu

Mẫu không xác suất, phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện.

Quy trình điều trị phẫu thuật

- Sau khi tiếp cận khoang màng bụng (bằng phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mổ mở), tìm và đánh giá tổn thương theo quy trình thống nhất của Bệnh viện.

+ Nếu tổn thương nang ở mạc nối lớn, kéo tổ chức nang và mạc nối lớn ra khỏi ổ bụng, cắt toàn bộ nang.

+ Nếu tổn thương nang khu trú ở một đoạn ruột, phẫu tích nang khỏi mạc treo ruột, cắt toàn bộ nang hoặc cắt đoạn ruột và mạc treo chứa nang, phục hồi lưu thông ruột.

+ Nếu tổn thương nang ở các vị trí không thể cắt toàn bộ nang như lan tỏa trên một đoạn ruột dài, hoặc ở vị trí không thể cắt đoạn ruột: ví dụ như ở gốc mạc treo ruột, sau phúc mạc, tiểu khung, góc Treitz... tiến hành cắt một phần nang, áp dụng liệu pháp xơ hóa đối với tổ chức nang còn lại.

+ Liệu pháp xơ hóa được sử dụng với Bleomycin 15 UI dạng bột (Korea United Pharm, INC.), pha NaCl 0,9% theo nồng độ 1 UI/mL. Dịch trong nang được hút ra tối đa, sau đó tiêm Bleomycin vào trong nang với liều lượng tối đa 0,5 UI/kg cân nặng.

- Kết thúc phẫu thuật, có thể đặt dẫn lưu ổ bụng hoặc không.

Biến số/Chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các phát hiện trong mổ, diễn biến sau mổ, tỉ lệ tái phát, phương pháp điều trị, biến chứng trong và sau mổ... được ghi nhận và đánh giá.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán tính tỉ lệ phần trăm, so sánh giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Có 83 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ = 1,6. Tuổi trung bình $45,63 \pm 31,49$ tháng (1 – 13 tuổi), tuổi trung vị: 38 tháng. Đa số các trường hợp phát hiện bệnh trong nhóm tuổi 1 đến 5 tuổi (45%).

Trong 5 nhóm triệu chứng chính, đau bụng đơn thuần là triệu chứng nổi bật, chiếm 41% số các trường hợp. Có 15,7% các trường hợp không có triệu chứng rõ ràng đến khám phát hiện bệnh tình cờ. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (theo bảng 1).

Bảng 1. Phân loại theo nhóm triệu chứng

Nhóm triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Giá trị p
Đau bụng đơn thuần	34	41,0	0,003
Tắc nghẽn đường tiêu hóa	9	10,8	
Khối vùng bụng	15	18,1	
Nhiễm trùng	12	14,5	
Không có triệu chứng rõ ràng	13	15,7	
Tổng số	83	100	

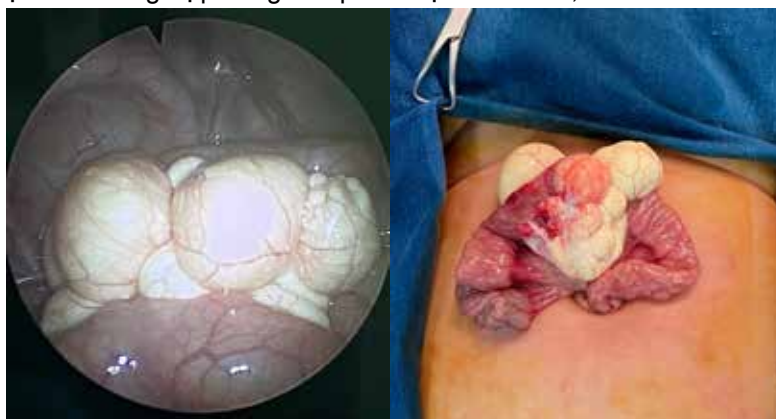
Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT), kích thước nang lớn nhất và nhỏ nhất theo 3 chiều (dài, rộng, cao) được ghi nhận. Sự khác

n nhau về kích thước giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (kiểm định ANOVA) (theo bảng 2).

Bảng 2. Kích thước nang trên CLVT/CHT theo nhóm tuổi

Kích thước	Nhóm tuổi	Trung bình	Giá trị p
Kích thước theo chiều lớn nhất (mm)	Dưới 1 tuổi	80,09 ± 30,72 (34 – 122)	0,571
	Từ 1 đến 5 tuổi	92,38 ± 37,75 (41 – 200)	
	Trên 5 tuổi	85,59 ± 42,52 (35 – 210)	
Kích thước theo chiều nhỏ nhất (mm)	Dưới 1 tuổi	50,73 ± 18,28 (26 – 74)	0,625
	Từ 1 đến 5 tuổi	53,18 ± 25,69 (18 – 135)	
	Trên 5 tuổi	47,52 ± 22,72 (12 – 110)	

Phát hiện trong mổ thấy vị trí nang mạc nối lớn chiếm tỉ lệ cao nhất 33,7% trong 28 trường hợp. Trong mổ phát hiện 18 trường hợp nang sau phúc mạc chiếm 21,7%.



Hình 1. Nang bạch huyết ổ bụng được phát triển qua phẫu thuật nội soi và kéo ra ngoài cắt đoạn ruột. (BN Nguyễn Phúc Kh. – MSBA 211032132)

2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Tất cả các nang mạc nối (28 nang nối lớn và 1 nang nối nhỏ) đều được cắt toàn bộ nang. Trong số 18 nang sau phúc mạc chỉ có 3 trường hợp có thể cắt toàn bộ nang, còn lại 15 trường hợp (chiếm 83,3%) phải để lại 1 phần nang và sử dụng liệu pháp xơ hóa. Trong số nang mạc

treo ruột, có 4/36 trường hợp (11,1%) không thể cắt toàn bộ nang mà phải để lại một phần nang để tiêm Bleomycin xơ hóa. Khả năng cắt toàn bộ nang của nang trong phúc mạc là 61/65 trường hợp (93,8%), trong khi đó, khả năng này ở nhóm nang sau phúc mạc là 3/18 (16,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật theo vị trí thương tổn

Phương pháp phẫu thuật	Vị trí nang bạch huyết ổ bụng			Tổng số
	Mạc nối	Mạc treo ruột	Sau phúc mạc	
Cắt toàn bộ nang	29	6	3	38
Cắt toàn bộ nang + đoạn ruột	0	26	0	26
Cắt một phần nang + tiêm Bleomycin	0	4	15	19
Tổng số	29	36	18	83
Tỉ lệ %	34,9	43,4	21,7	100

Thời gian phẫu thuật trung bình là $72,47 \pm 19,32$ (40 - 120 phút). Thời gian phẫu thuật có sự khác nhau giữa các phương pháp điều trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian phẫu thuật của nhóm cắt toàn bộ nang và đoạn ruột tương đương với thời gian phẫu thuật cắt một phần nang đồng thời sử dụng Bleomycin trong mổ. Không phát hiện tai biến biến chứng trong quá trình phẫu thuật. Truyền máu trong mổ gặp ở 1 trường hợp có tình trạng viêm phúc mạc do nang bạch huyết đại tràng trái vỡ. Việc áp dụng quy trình xơ hóa tổ chức nang bằng Bleomycin không gặp tai biến, biến chứng bất thường.

Thời gian nằm viện sau mổ của tất cả các

bệnh nhân trong nghiên cứu là $5,8 \pm 3,0$ ngày (ngắn nhất 1 ngày, dài nhất là 25 ngày). Trong đó, thời gian nằm viện của nhóm cắt toàn bộ nang và cắt đoạn ruột có giá trị cao hơn các nhóm khác, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Toàn bộ nghiên cứu ghi nhận 13 trường hợp tái phát sau mổ (chiếm 15,7% tổng số các trường hợp). Tái phát nang được đánh giá qua siêu âm hoặc CLVT ổ bụng tại thời điểm thăm khám, Tất cả các bệnh nhân tái phát đều không có triệu chứng lâm sàng đặc biệt. Tỉ lệ tái phát theo từng nhóm vị trí nang và nhóm điều trị được thể hiện trong bảng 4.

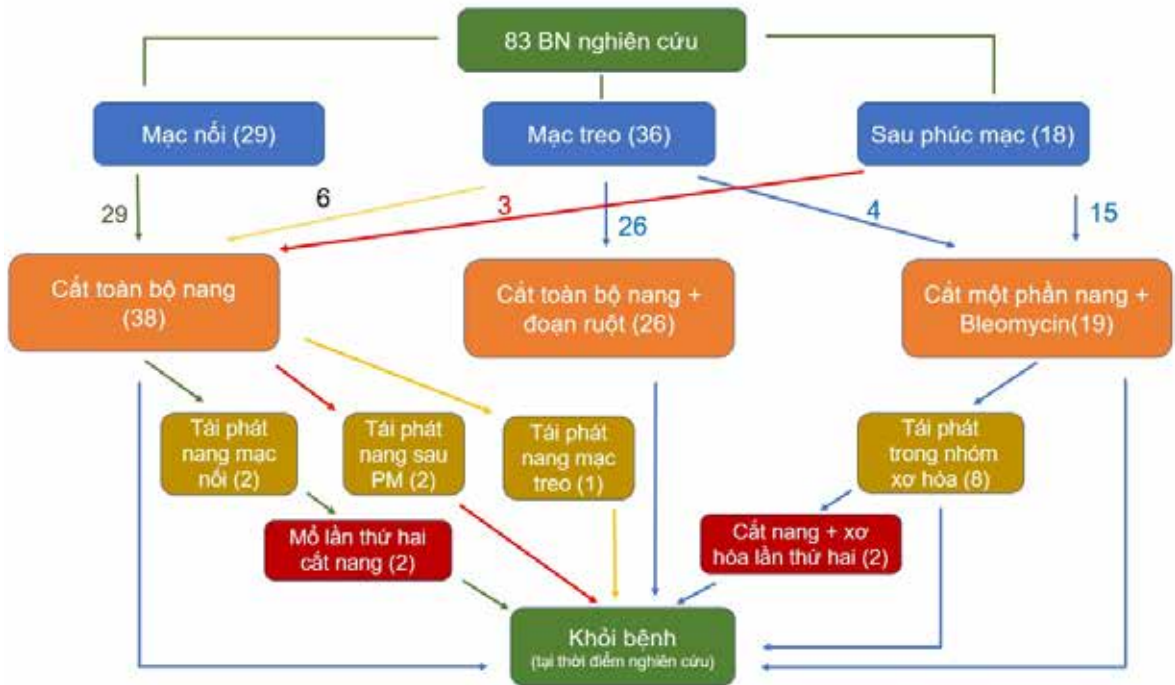
Bảng 4. Tỉ lệ tái phát theo từng nhóm điều trị

Vị trí nang	Tái phát	Tỉ lệ %	Phương pháp điều trị	Tái phát	Tỉ lệ %
Nang mạc nối	2/29	6,9%	Không xơ hóa	5/64	7,8%
Mạc treo	1/36	2,8%	Có xơ hóa	8/19	42,1%
Sau phúc mạc	10/18	55,5%			
Tổng số	13/83	15,7%	Tổng số	13/83	15,7%

Trong số 13 trường hợp tái phát, phẫu thuật lần thứ hai điều trị là 4 trường hợp (chiếm 4,8% số bệnh nhân nghiên cứu), 9 trường hợp nang tự thuyên giảm theo thời gian.

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 19,5 ± 11,4 tháng (6 – 35 tháng). Siêu âm kiểm tra không phát hiện tổn thương tái phát.

Bảng 5. Sơ đồ nghiên cứu



IV. BÀN LUẬN

Dị dạng hệ bạch huyết chiếm khoảng 1/20.000 trẻ nhập viện, khoảng 95% các tổn thương biểu hiện ở các vùng tổ chức liên kết lỏng lẻo như cổ và nách, chỉ có dưới 5% ở các vị trí khác, trong đó có ổ bụng.⁵ Dị dạng bạch huyết thường được phát hiện chủ yếu ở trẻ em, nghiên cứu của Goh (2005) cho thấy 50 – 60% phát hiện ở lứa tuổi dưới 1 tuổi, trong khi 90% tổng số các trường hợp phát hiện ở lứa tuổi dưới 20 tuổi.² Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 67,5% số trẻ được điều trị dưới 5 tuổi, tuổi trung vị là 38 tháng, tương đương với các tác giả khác.

Chúng tôi phân chia bệnh nhân thành 5 nhóm triệu chứng: đau bụng đơn thuần, có dấu

hiệu tắc nghẽn đường tiêu hóa, có khối vùng bụng, có tình trạng nhiễm trùng và nhóm không có triệu chứng rõ ràng. Sự khác biệt về tỉ lệ giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với nhóm đau bụng đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất (41%), tắc nghẽn đường tiêu hóa thấp nhất 9%. Theo chúng tôi, cách phân chia này có thể đánh giá rõ ràng hơn về triệu chứng nổi bật của bệnh nhân. Nhiều tác giả khác cũng gặp triệu chứng với tỉ lệ tương tự.^{6,7} Tuy nhiên, Rickett (2012) chia thành 4 nhóm: bụng chướng, khối vùng bụng (25%), biểu hiện tình trạng bụng cấp tính (triệu chứng dưới 48 tiếng) (12,5%), bán cấp (31,25%), mạn tính (triệu chứng trên 2 tháng) 31,25%, theo tác giả cách phân chia này thuận

lợi cho việc đề ra thái độ điều trị tương ứng.¹

Kích thước nang được đo dựa trên chiều dài lớn nhất và nhỏ nhất đo được trong ba chiều: dài, rộng, cao trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ. Kích thước nang cũng khác nhau giữa các nhóm tuổi bệnh nhân khác nhau, có liên quan đến kích thước khoang bụng của trẻ có sự thay đổi theo tuổi. Các nghiên cứu về nang bạch huyết ổ bụng cho thấy trên phim chụp, kích thước nang rất thay đổi, và có thể gia tăng kích thước trong những trường hợp biến chứng cấp tính tiến triển.^{6,8,9} Chính vì vậy kích thước nang thường không có giá trị nhiều trong việc tiên lượng điều trị.

Trong nghiên cứu của tác giả Nam (2012), số nang mạc treo chiếm 25%, nang mạc nối lớn 40%, nang sau phúc mạc 35%.⁶ Các số liệu trong 83 bệnh nhân của chúng tôi tương ứng là 43,4%, 34,9% và 21,7%. Kim (2016) chỉ ra vị trí thường gặp nhất là ở hồng tràng (44%), và vị trí thứ hai hay gặp là mạc treo đại tràng ngang.⁷ Số liệu giữa các tác giả có thể có sự sai khác do số lượng bệnh nhân không cao, tuy nhiên có thể nhận định rằng vị trí thường gặp nhất của nang là ở mạc treo ruột non, tiếp theo là mạc nối lớn và ít gặp hơn cả là ở sau phúc mạc.

Mục tiêu của phẫu thuật luôn luôn là cắt bỏ tối đa tổn thương. Các nang mạc nối luôn luôn được cắt bỏ hoàn toàn mà không phải cắt bỏ các cơ quan khác.^{4,10} Đối với nang mạc treo, các tác giả cũng mong muốn hướng đến việc cắt nang hoàn toàn.¹¹ Tỷ lệ phải cắt ruột chỉ 33% trong số bệnh nhân người lớn, nhưng lên đến 50 – 60% ở đối tượng trẻ em.^{1,11} Trong nghiên cứu này, tỷ lệ phải cắt đoạn ruột là 31,3%, thấp hơn so với mức thường gặp ở các nghiên cứu khác, có lẽ do tỷ lệ nang mạc nối lớn và nang sau phúc mạc của chúng tôi khá cao.

Trong số 19 trường hợp (22,9%) không cắt hết tổn thương, có 4 trường hợp nang sát góc

Treizt, không thể cắt ruột, và 15 trường hợp nang sau phúc mạc lớn, lan tỏa không thể cắt hết nang. Theo De Perrot (1998), trong những trường hợp tổn thương không thể cắt bỏ hoàn toàn, ví dụ như dị dạng bạch huyết khu vực tá tràng, góc Treizt, hoặc dị dạng sau phúc mạc, việc cắt một phần nang có thể được thực hiện.¹² Để ngăn ngừa sự phát triển của nang sau mổ, các tác nhân gây xơ hóa được sử dụng trong điều trị dị dạng mạch bạch huyết như Ethanol, Doxycycline, Bleomycin, Ethibloc.¹³ Hiện nay, Ethanol ít được sử dụng đặc biệt với các tổn thương lớn, gần các cấu trúc quan trọng vì nó gây tổn thương thần kinh, nhiễm độc, tổn thương phổi, tim. OK-432 chưa được sử dụng tại các cơ sở y tế trong nước, Bleomycin được sử dụng phổ biến trong chuyên ngành ung bướu nên khả năng tiếp cận dễ dàng.

Bouwman (2021) áp dụng biện pháp xơ hóa bằng Bleomycin trên 116 trẻ, 234 lượt xơ hóa, trong đó 14 dị dạng bạch huyết trong ổ bụng, đạt hiệu quả cao và không có biến chứng.⁵ Yang (2011) báo cáo nghiên cứu trên 65 ca bệnh thấy 90% tổn thương giảm kích thước.¹⁴ Liều sử dụng Bleomycin từ 0,5 - 1 mg/kg hoặc 0,5 - 1 UI/kg cân nặng là liều khuyến cáo của nhà sản xuất và đã được chứng minh tác dụng qua nhiều nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Bleomycin được gây xơ hóa trên 19 tổn thương (22,9%), trong đó có 4 nang mạc treo ruột, 15 nang sau phúc mạc đã được cắt bỏ một phần nang. Kết quả nghiên cứu chỉ ra trong nhóm này, có 8 trường hợp (42,1%) vẫn còn tổn thương nang sau 1 tháng, đến 3 tháng chỉ còn 3 trường hợp, chỉ có 2 trường hợp phải mổ lại để cắt nang và sử dụng Bleomycin lần thứ hai. Đáng chú ý là các trường hợp sử dụng liệu pháp xơ hóa này đều là các trường hợp không cắt được hoàn toàn nang, nang lan tỏa, bản thân nhóm này đã có nguy cơ tái phát cao hơn nhóm khác. Hơn nữa, việc sau 1 tháng, tổn

thương dạng nang vẫn còn tồn dư trong ổ bụng có lẽ là do việc thoái triển nang vẫn còn đang tiếp diễn, cần thêm thời gian để các tế bào tiết dịch bị xơ hóa hoàn toàn.

Theo các nghiên cứu đối với tổn thương nông vùng bề mặt, Bleomycin có thể gây phản ứng viêm tại chỗ chiếm tới 60%, tuy nhiên tình trạng này thường mất đi sau vài ngày.¹⁵ Chúng tôi không gặp các tình trạng như vậy, có lẽ do tổn thương ở trong ổ bụng, phản ứng viêm tại chỗ nếu có cũng khó nhận biết, dễ lẫn với diễn biến của quá trình phục hồi lưu thông tiêu hóa của bệnh nhân. Một số biến chứng đáng lo ngại khác như chảy máu, nhiễm trùng, xơ hóa phổi hay shock trong và sau khi điều trị bằng Bleomycin có thể được đề cập đến nhưng chúng tôi không gặp các biến chứng này.

Về thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn (2012) có nhiều đặc điểm tương đồng với nghiên cứu này, cho kết quả thời gian phẫu thuật 79 ± 39 phút (từ 30 đến 165 phút), thời gian nằm viện sau mổ $3,8 \pm 1,6$ ngày (từ 1 đến 9 ngày) không có sự khác biệt nhiều với kết quả của chúng tôi.⁴ Thời gian phẫu thuật có xu hướng dài hơn đối với các nang sau phúc mạc và nang mạc treo có cắt nối ruột, phù hợp với việc có nhiều thao tác kĩ thuật phải thực hiện hơn.

Có 13 trường hợp tái phát nang sau phẫu thuật (15,7%) đã được ghi nhận. Đa số các trường hợp tái phát (10/13) nằm ở nhóm nang sau phúc mạc, nhóm đã được ghi nhận là có nguy cơ tái phát cao hơn. Steyaert (1996) cho biết tỉ lệ tái phát trong nhóm nang sau phúc mạc lên đến 9,5% và đề xuất cố gắng cắt bỏ hoàn toàn tổn thương để tránh nguy cơ này.¹⁶ Egozi (1997), nghiên cứu 14 bệnh nhân trẻ em được phẫu thuật cắt nang, thời gian theo dõi dài nhất lên đến 30 năm, trung bình 10 năm sau mổ, kết luận nhóm bệnh nhân có nang sau phúc mạc thường cần phải phẫu thuật nhiều lần hoặc dẫn

lưu nang.¹⁷ Kết quả nghiên cứu này có phần cao hơn các tác giả khác, một phần là do số lượng bệnh nhân trong nhóm nang sau phúc mạc của chúng tôi cao hơn.

Tỉ lệ phải phẫu thuật lần 2 chung cho cả 83 bệnh nhân nghiên cứu là 4/83 trường hợp (4,8%). Tỉ lệ điều trị khỏi bệnh tính đến thời điểm nghiên cứu là 100%, không có trường hợp tử vong. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác, trong khi số lượng bệnh nhân của chúng tôi cao hơn.^{2,7,10}

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị nang bạch huyết ổ bụng bằng phương pháp cắt nang, có thể kết hợp liệu pháp xơ hóa bằng Bleomycin trong trường hợp không thể cắt triệt để, là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, với tỉ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ricketts RR. Mesenteric and Omental Cysts. In: Coran AG, ed. *Pediatric Surgery* (Seventh Edition). Mosby; 2012: 1165-1170. doi:10.1016/B978-0-323-07255-7.00091-X.
2. Goh BKP, Tan YM, Ong HS, et al. Intra-abdominal and retroperitoneal lymphangiomas in pediatric and adult patients. *World J Surg*. 2005; 29(7): 837-840. doi:10.1007/s00268-005-7794-0.
3. Ogita S, Tsuto T, Nakamura K, Deguchi E, Tokiwa K, Iwai N. OK-432 therapy for lymphangioma in children: Why and how does it work? *J Pediatr Surg*. 1996; 31(4): 477-480. doi:10.1016/S0022-3468(96)90478-9.
4. Son TN, Liem NT. Laparoscopic Management of Abdominal Lymphatic Cyst in Children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2012; 22(5): 505-507. doi:10.1089/lap.2012.0003.
5. Bouwman FCM, Kooijman SS, Verhoeven BH, et al. Lymphatic malformations in children: treatment outcomes of sclerotherapy in a large

- cohort. *Eur J Pediatr*. 2021; 180(3): 959-966. doi:10.1007/s00431-020-03811-4.
6. Nam SH, Kim DY, Kim SC, Kim IK. The surgical experience for retroperitoneal, mesenteric and omental cyst in children. *J Korean Surg Soc*. 2012; 83(2): 102. doi:10.4174/jkss.2012.83.2.102.
7. Kim SH, Kim HY, Lee C, Min HS, Jung SE. Clinical features of mesenteric lymphatic malformation in children. *J Pediatr Surg*. 2016; 51(4): 582-587. doi:10.1016/j.jpedsurg.2015.11.021.
8. Levy AD, Cantisani V, Miettinen M. Abdominal Lymphangiomas: Imaging Features with Pathologic Correlation. *Am J Roentgenol*. 2004; 182(6): 1485-1491. doi:10.2214/ajr.182.6.1821485.
9. Wohlgemuth WA, Brill R, Dendl LM, Stangl F, Stoevesandt D, Schreyer AG. Abdominal lymphatic malformations. *Radiol*. 2018; 58(S1): 29-33. doi:10.1007/s00117-017-0337-5.
10. Chang TS, Ricketts R, Abramowsky CR, et al. Mesenteric cystic masses: a series of 21 pediatric cases and review of the literature. *Fetal Pediatr Pathol*. 2011; 30(1): 40-44. doi:10.3109/15513815.2010.505623.
11. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg*. 1986; 203(1): 109-112.
12. De Perrot M, Rostan O, Morel P, Le Coultre C. Abdominal lymphangioma in adults and children. *Br J Surg*. 1998; 85(3): 395-397. doi:10.1046/j.1365-2168.1998.00628.x.
13. Wildhaber BE, Chardot C, Le Coultre C, Genin B. Total laparoscopic excision of retroperitoneal cystic lymphangioma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2006; 16(5): 530-533. doi:10.1089/lap.2006.16.530.
14. Yang X, Jin Y, Lin X, et al. Management of periorbital microcystic lymphatic malformation with blepharoptosis: Surgical treatment combined with intralesional bleomycin injection. *J Pediatr Surg*. 2015; 50(8): 1393-1397. doi:10.1016/j.jpedsurg.2014.12.011.
15. Okazaki T, Iwatani S, Yanai T, et al. Treatment of lymphangioma in children: our experience of 128 cases. *J Pediatr Surg*. 2007; 42(2): 386-389. doi:10.1016/j.jpedsurg.2006.10.012.
16. Steyaert H, Guitard J, Moscovici J, Juricic M, Philippe V, Juskievski S. Abdominal cystic lymphangioma in children: Benign lesions that can have a proliferative course. *J Pediatr Surg*. 1996; 31(5): 677-680. doi:10.1016/S0022-3468(96)90673-9.
17. Egozi EI, Ricketts RR. Mesenteric and omental cysts in children. *Am Surg*. 1997; 63(3): 287-290.

Summary

OUTCOMES OF SURGICAL MANAGEMENT FOR ABDOMINAL LYMPHANGIOMA IN PEDIATRIC PATIENTS AT THE NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Abdominal lymphangioma is a malformation of the lymphatic system that is present with cystic dilated lymphatics in the abdominal capacity. A retrospective review study was conducted on 83 patients (51 males, 32 females) who underwent surgical resection of abdominal lymphangioma at the National Children Hospital between 2017 and 2021. Result: The mean age of these patients was 45.63 months. The common clinical presentation was abdominal pain (49.4%), a palpable mass (26.5%) and abdominal extension (22.9%). The cysts were intra-operative found in the bowel mesentery, omentum, and retroperitoneal space with the rates were 43.3%; 34.9% and 21.8%, respectively. Total cyst excision was performed in 38 cases (45.8%), simultaneous bowel resection was needed in 26 mesenteric cysts (31.3%), partial cystectomy and sclerosis therapy with Bleomycin was applied in 19 cases (22.9%). There were no perioperative complications in either method of treatment. Subsequently, 13 cases developed recurrence cysts (15.7%); of which, 9 cases had a spontaneous regression without treatment, while 4 cases needed a second intervention included cyst resection and re-do sclerosis therapy. In the retroperitoneal group, the rate of recurrence was 55.5% (10/18 cases). Of the 19 cases who underwent intracystic injection with Bleomycin, recurrence was identified in 8 cases (42.1%). The mean follow-up was 19.5 months, no more recurrence of the cystic lymphangioma was noticed. From the results, surgical management of the abdominal lymphangioma at National Children Hospital effective, safe, with low rate of recurrence.

Keywords: Abdominal lymphangioma, sclerosis therapy, Bleomycin.