

KẾT QUẢ NGẮN HẠN PHẪU THUẬT CẮT U BẢO TỒN ĐẦU TUY ĐIỀU TRỊ U ĐẶC GIẢ NHÚ Ở TRẺ EM

Nguyễn Công Sơn[✉], Vũ Mạnh Hoàn, Trần Đức Tâm,
Phạm Duy Hiền, Nguyễn Thị Minh Huyền

Bệnh viện Nhi Trung ương

Nghiên cứu hồi cứu này đánh giá kết quả ngắn hạn của phẫu thuật cắt u đầu tụy ở 14 trẻ em mắc u đặc giả nhú, được điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2022 đến 12/2024. Tuổi trung bình khi chẩn đoán là 10,5 (7 - 15 tuổi), đa số là nữ (78,6%). Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng thượng vị và hạ sườn trái (85,7%), kích thước u trung bình 4,6cm (1,9 - 10cm). Trên cắt lớp vi tính, đa số khối u có cấu trúc hỗn hợp (64,3%). Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt u đầu tụy, không có trường hợp tử vong trong và sau mổ. Biến chứng sau mổ ghi nhận gồm rò tụy (7,1%) và rò mật (7,1%), một bệnh nhân tái phát sau 14 tháng, các trường hợp còn lại sức khỏe ổn định và được theo dõi định kỳ. Kết quả cho thấy u đặc giả nhú tụy là khối u hiếm gặp, độ ác tính thấp, và phẫu thuật cắt u bảo tồn đầu tụy là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả với tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp ở trẻ em.

Từ khoá: U đặc giả nhú của tụy, trẻ em, cắt u bảo tồn đầu tụy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U đặc giả nhú của tụy (UĐGN) là một loại u hiếm gặp, cho đến nay bản chất mô học và cơ chế sinh bệnh vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ. Khối u này lần đầu tiên được phát hiện bởi Gruber Frantz vào năm 1927 và đến năm 1959, tác giả đã mô tả chi tiết về đặc điểm bệnh học của tổn thương. UĐGN tụy chiếm 2% - 3% tổng số khối u tụy ở tuổi trưởng thành. Ngược lại, mặc dù khá hiếm gặp ở người lớn xong UĐGN lại là khối u tụy phổ biến nhất ở trẻ em chiếm tới khoảng 60 - 70% trong số các loại u tụy ở nhóm tuổi này.¹ Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại như chụp cắt lớp vi tính (CT), cộng hưởng từ (MRI), và hiểu biết sâu hơn về đặc điểm của bệnh, tỷ lệ phát hiện UĐGN có xu hướng tăng rõ rệt. Về tiên lượng, UĐGN được đánh giá là có tiên lượng rất tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị phẫu thuật triệt để,

với tỷ lệ khỏi bệnh lên tới 95%. Bên cạnh phẫu thuật cắt khối tá tụy kinh điển, các phẫu thuật viên hiện nay có thể lựa chọn những kỹ thuật ít xâm lấn hơn như cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị hoặc phẫu thuật bóc u đơn thuần. Trong những năm gần đây, các phương pháp phẫu thuật bảo tồn nhu mô tụy ngày càng được áp dụng rộng rãi và đã chứng minh được tính an toàn cũng như hiệu quả trong điều trị. Vì vậy trong báo cáo này, chúng tôi muốn đánh giá kết quả phẫu thuật cắt u bảo tồn đầu tụy điều trị u đặc giả nhú tụy ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán u đặc giả nhú đầu tụy, được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương, có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định u đặc giả nhú trong thời gian từ 01/2022 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

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

Tác giả liên hệ: Nguyễn Công Sơn

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: sonnc.94@gmail.com

Ngày nhận: 21/08/2025

Ngày được chấp nhận: 10/09/2025

- Tổn thương ở đầu tụy và có kết quả giải phẫu bệnh là UĐGN tụy.

- Cả hai giới nam và nữ, mọi lứa tuổi.

- Được phẫu thuật cắt u bảo tồn đầu tụy 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.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi 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 đầu 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.

Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng.

- Cận lâm sàng: Xét nghiệm AFP, Lipase, P-Amylase, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ.

- Đặc điểm phẫu thuật: phương pháp mổ, thời gian mổ, tai biến trong mổ.

- Kết quả điều trị: biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, tử vong, tái phát.

Định nghĩa và tiêu chuẩn

- Phương pháp phẫu thuật: bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật mở. Sau khi làm thủ thuật Kocher bộc lộ vùng đầu tụy, thực hiện cắt u bảo tồn đầu tụy. Đánh giá diện cắt sau bóc u, nếu nghi ngờ tổn thương ống tụy tiến hành nối tụy - ruột theo kiểu Roux-en-Y vào diện phẫu thuật.

- Diện cắt u: được đánh giá sau phẫu thuật tuân theo hệ thống phân loại R (Residual Tumor Classification).

R0: Không còn tế bào u ở diện cắt dưới kính hiển vi (âm tính vi thể).

R1: Có tế bào u ở diện cắt dưới kính hiển vi (dương tính vi thể), mặc dù không thấy u bằng mắt thường.

R2: Còn sót lại khối u thấy rõ bằng mắt thường sau phẫu thuật (dương tính đại thể).

- Rò tụy: theo Hội nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật tụy (ISGPS): "Rò tụy khi amylase trong dịch dẫn lưu hoặc dịch chọc hút tăng gấp 3 lần giá trị bình thường trong huyết thanh kể từ ngày hậu phẫu thứ 3 trở đi, bất kể dung lượng".

Theo ISGPS rò tụy được chia làm 3 mức độ:

+ Độ A: Rò tụy không kèm thêm các triệu chứng lâm sàng.

+ Độ B: Rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng nhưng không kèm suy cơ quan, không phẫu thuật lại, không tử vong.

+ Độ C: Có triệu chứng lâm sàng và suy cơ quan, phẫu thuật lại hoặc tử vong.

- Rò mật: theo Hội nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật gan (ISGLS): "Rò mật được định nghĩa là khi có sự hiện diện của bilirubin trong dịch dẫn lưu hay trong ổ bụng (tăng gấp 3 lần giá trị trong huyết thanh ở cùng thời điểm xét nghiệm) kể từ ngày hậu phẫu thứ 3 trở đi hoặc là có biểu hiện viêm phúc mạc mật đòi hỏi can thiệp".

- Suy tụy ngoại tiết: là tình trạng không còn khả năng bài tiết đủ enzym tiêu hoá (lipase, amylase, protease) dẫn đến suy giảm chức năng tiêu hoá, đặc biệt là chất béo. Suy tụy ngoại tiết được đánh giá thông qua hàm lượng Elastase trong phân phân.

+ Giá trị tham chiếu bình thường tại khoa Sinh hoá, Bệnh viện Nhi Trung ương: > 200 µg/g phân.

+ Giá trị này tính theo % trên tổng số bệnh nhân.

- Suy tụy nội tiết: là một biến chứng phổ biến, thường biểu hiện dưới dạng đái tháo đường thứ phát, còn gọi là đái tháo đường type 3c (T3cDM).

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán: HbA1c $\geq$ 6,5%, glucose huyết tương lúc đói $\geq$ 126 mg/dL, hoặc glucose huyết tương 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose $\geq$ 200 mg/dL được sử dụng để chẩn đoán đái tháo đường.

+ Giá trị này tính theo % trên tổng số bệnh nhân.

- Tái phát sau mổ: việc đánh giá tái phát sau

mổ dựa trên các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Các dấu hiệu chẩn đoán hình ảnh phát hiện tái phát u tại chỗ, di căn gan, di căn hạch, tràn dịch màng bụng hoặc di căn xa. Tái phát sớm được định nghĩa là xảy ra trong một năm tính từ thời điểm phẫu thuật, tái phát muộn là sau hơn một năm.

Giá trị này tính theo % trên tổng số bệnh nhân.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phục vụ cho phân tích số liệu, không ảnh hưởng tới bất kì quá trình theo dõi và điều trị bệnh của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Từ 01/2022 đến 12/2024 có 14 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, được đưa vào nghiên cứu trong với kết quả như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình mắc bệnh ở trẻ em là 10,5 (7 - 15 tuổi)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		n = 14	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	3	21,4
	Nữ	11	78,6
Lý do vào viện	Đau bụng	12	85,7
	Chán ăn	1	7,1
	Khám định kỳ	1	7,1

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		n = 14	Tỷ lệ %
Cắt lớp vi tính	Dạng đặc	5	35,7
	Dạng nang	0	0
	Hỗn hợp	9	64,3

Đặc điểm cận lâm sàng		n = 14	Tỷ lệ %	
Cắt lớp vi tính	Tính chất ngấm thuốc	Ngấm mạnh	0	0
		Ngấm ít	8	57,1
		Ngấm thuốc không đều	6	42,9
	Kích thước	< 3cm	5	35,7
		3 - 5cm	5	35,7
		> 5cm	4	28,6
	Di căn	Hạch quanh tụy	1	7,1
		Di căn tạng	0	0
AFP	Bình thường theo nhóm tuổi	14	100	
Glucose máu	Bình thường (3,3 - 5,5 mmol/L)	14	100	
P-Amylase máu	Bình thường (< 53 U/L)	14	100	
Lipase máu	Bình thường (7 - 39 U/L)	14	100	

Kích thước u trung bình 4,6cm (1,9 - 10cm). Cấu trúc khối u trên CT chủ yếu là dạng hỗn hợp (81,8%); phần lớn các khối u ngấm thuốc không đều do hoại tử và chảy máu trong u.

2. Kết quả phẫu thuật

Tất cả 14 bệnh nhân của chúng tôi đều được thực hiện phẫu thuật mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 152 phút, dao động từ

86 - 272 phút. Trong đó, 09 bệnh nhân không xảy ra biến chứng trong mổ, 04 trường hợp tổn thương ống tụy trong mổ, được làm miệng nối tụy - ruột; 01 trường hợp tổn thương ống mật chủ được khâu lại ống mật chủ trong mổ, không có trường hợp nào cần truyền máu trong và ngay sau mổ.

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		n = 14	Tỷ lệ %
Cắt u bảo tồn đầu tụy	Có làm miệng nối tụy - ruột	4	28,6
	Không làm miệng nối tụy - ruột	10	71,4
Diện cắt	R0	2	14,3
	R1	6	42,9
	R2	0	0
	Không đánh giá	6	42,9
Tai biến trong mổ	Tổn thương ống tụy	4	28,6
	Tổn thương ống mật chủ	1	7,1

Có 13/14 bệnh nhân chỉ có u tại chỗ, 1 trường hợp (T3N1M0) có kèm theo di căn hạch quanh tụy, bệnh nhân này được phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát kèm hạch di căn.

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

	Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Biến chứng gần (< 30 ngày)	Rò tụy	1	7,1
	Rò mật	1	7,1
	Viêm tụy cấp	1	7,1
Biến chứng xa (> 30 ngày)	Suy tụy ngoại tiết	6	46,2
	Suy tụy nội tiết	0	0
	Viêm tụy cấp	1	7,1
	Tái phát	1	7,1

Điều trị sau mổ: Sau phẫu thuật, bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong những ngày đầu kết hợp với kháng sinh và PPI, octreotide không được chúng tôi sử dụng thường quy sau mổ. Thời điểm bắt đầu cho ăn lại đường miệng dao động vào ngày thứ 3 - 4 sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 21 ngày, dao động từ 7 - 48 ngày. Các bệnh nhân sau xuất viện sẽ được khám lại định kỳ sau 1, 3 và 6 tháng.

Biến chứng gần: Rò mật sau mổ xuất hiện ở một bệnh nhi vào ngày hậu phẫu thứ 5, trẻ này sau đó được điều trị bảo tồn và xuất viện sau 1 tháng. Rò tụy gặp ở một trường hợp, bệnh nhi này sau đó cần phẫu thuật lại (làm miệng nối tụy-ruột) do thất bại với điều trị nội khoa.

Biến chứng xa: Tất cả bệnh nhân được đánh giá chức năng tuyến tụy sau mổ, không bệnh nhân nào có tình trạng suy giảm tụy nội tiết, 13/14 bệnh nhân được đánh giá chức năng tụy ngoại tiết ghi nhận suy giảm chức năng tụy ngoại tiết gặp ở 6/13 bệnh nhân (46,2%). Tái phát gặp ở một bệnh nhân sau mổ 15 tháng.

IV. BÀN LUẬN

U đặc giả nhú của tụy là một khối u tụy hiếm gặp, phần lớn gặp ở phụ nữ trưởng thành, hiếm gặp ở trẻ em. Tỷ lệ mắc ở trẻ là 0,2/1.000.000 trẻ mỗi năm.² 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.

Cơ chế bệnh sinh của sự hình thành u đặc giả nhú còn chưa rõ ràng. Có 2 giả thuyết về sự hình thành của UĐGN: một giả thuyết cho rằng chúng đến từ các tế bào tuyến tụy đa năng, giả thuyết khác lại cho rằng chúng có nguồn gốc từ các mầm sinh dục nữ.³ Một số báo cáo đều xác định UĐGN chủ yếu gây bệnh ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và có thể có tính chất di truyền.⁴ 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

tuy, 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 chấn thương gặp ở 11,11% số bệnh nhân.⁵

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.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều có chỉ số sinh hoá máu và chất chỉ điểm khối u AFP trong giới hạn bình thường.

Trên siêu âm, UĐGN có hình ảnh các khối giảm âm không đồng nhất, gồm cả tổ chức đặc, nang dịch và các tổn thương vôi hoá hình bán nguyệt. Chẩn đoán trước phẫu thuật chủ yếu vẫn 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 tuy, ung thư biểu mô tuyến tuy, u nang nhầy, u tiết nhầy, u tuyến đa nang, ung thư dạng nang tuyến, ung thư nguyên bào tuy, u mạch.⁶ 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 tuy.⁷ Siêu âm nội soi (EUS) kết hợp sinh thiết là một thủ thuật chẩn đoán xâm lấn với tỷ lệ biến chứng tương đối thấp. Độ nhạy và độ đặc hiệu của EUS trong chẩn đoán lần lượt là 56% - 71% và 45% - 97%.⁸ Hiện tại, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá việc sử dụng EUS như một công cụ để chẩn đoán giai đoạn bệnh trong không các khối u dạng nang của tuyến tuy.

Mô bệnh học của UĐGN tương tự như các khối u thần kinh nội tiết của tuyến tuy, 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 tuy.⁹ 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 (+).⁵

Phẫu thuật cắt bỏ u trong điều trị UĐGN là phương án điều trị cơ bản. 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 nên cân nhắc bảo tồn được tối đa chức năng của tuyến tuy.

UĐGN là những khối u có 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.¹⁰ Đối với các khối u ở đầu tuy, ngoài phẫu thuật cắt khối tá tuy truyền thống, các phẫu thuật viên có thể lựa chọn các phẫu thuật ít xâm lấn hơn như cắt bỏ tuy-tá tràng bảo tồn môn vị hoặc phẫu thuật bóc u đơn thuần. Từ những năm 1980 - 1990, phẫu thuật bảo tồn tuy trong điều trị UĐGN bắt đầu được thực hiện một số cả bệnh đơn lẻ tại Mỹ, Nhật Bản, Pháp. Cho tới nay, phẫu thuật bảo tồn tuy dần được áp dụng rộng rãi và đã được chứng minh về tính an toàn và hiệu quả. Theo tác giả Wang, phẫu thuật bóc u đơn thuần có thời gian mổ và phục hồi nhanh hơn, rò tuy nhiều hơn nhưng không ảnh hưởng tới tiên lượng lâu dài.¹¹ Xu và cộng sự phân tích tổng hợp 13 nghiên cứu (401 bệnh nhân) cho thấy phẫu thuật bóc u đơn thuần giúp bảo tồn tối đa nhu mô tuy, nguy cơ rò tuy 27 - 32%, suy tuy ngoại tiết 4 - 5% và tỷ lệ tái phát rất thấp, phẫu thuật này đặc biệt hữu ích với nhóm thanh thiếu niên.¹²

Di căn hạch bạch huyết rất hiếm gặp trong UĐGN, kể cả khi có di căn bạch huyết không cần thiết phải mổ lại nhiều lần để lấy bỏ các hạch bạch huyết xung quanh.⁵ Trong số 14 bệnh nhân trong nghiên cứu, một trường hợp có kèm theo di căn hạch bạch huyết sau tụy, trẻ này đã được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát ở đầu tụy và cắt bỏ hạch bạch huyết di căn mà không tiến hành nạo vét hạch rộng rãi. Đến thời điểm hiện tại, trẻ được theo dõi sau 14 tháng, không phát hiện u tái phát hay di căn bạch huyết và các tạng.

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được thực hiện phẫu thuật mở cắt u đầu tụy đơn thuần, biến chứng trong mổ gặp ở 5/14 bệnh nhân (tổn thương ống tụy gặp ở 4 bệnh nhân và tổn thương ống mật chủ gặp ở 1 bệnh nhân). Rò mật sau mổ gặp ở một trường hợp, bệnh nhân này sau đó được đặt dẫn lưu và điều trị bảo tồn. Trường hợp rò tụy sau mổ được chúng tôi điều trị bảo tồn trong 2 tuần, sau khi thất bại với điều trị bảo tồn, trẻ này phải phẫu thuật lại thực hiện miệng nối tụy - ruột. Theo tác giả Beger và cộng sự, tỷ lệ tai biến chung ở cả 2 nhóm phẫu thuật cắt tụy bảo tồn tá tràng và phẫu thuật cắt khối tá tụy là không có nhiều thay đổi, song tỷ lệ biến chứng nặng như rò tụy và suy giảm chức năng tụy sau mổ cải thiện đáng kể ở nhóm cắt tụy bảo tồn tá tràng.¹³

Phẫu thuật cắt u triệt căn (R0) được coi như phương pháp điều trị duy nhất cho UĐGN. Vai trò của hoá trị trong UĐGN còn chưa rõ ràng. Với phẫu thuật triệt căn thường không cần dùng hoá trị bổ trợ. Hoá trị liệu chỉ được chỉ định trong trường hợp bệnh di căn xa hoặc phẫu thuật không thể lấy hết tổn thương.^{5,7}

Nhìn chung, tiên lượng của UĐGN là khá khả quan, Kato và cộng sự¹⁴ đã báo cáo về những trường hợp có khối u không thể cắt bỏ đã sống sót hơn 10 năm sau phẫu thuật, vì thời gian nhân đôi của khối u này có vẻ chậm (765 ngày). Các yếu tố như cắt bỏ không hoàn toàn,

kích thước khối u lớn, vỡ u trong mổ và bệnh nhân nam giới được cho là các yếu tố nguy cơ của tái phát u.¹⁵ Xâm lấn, tái phát và di căn không phải là chống chỉ định của phẫu thuật. Tổng hợp các báo cáo hiện nay cho thấy có khoảng 2% số bệnh UĐGN tái phát sau phẫu thuật. Kết quả này nhỏ hơn đáng kể so với các báo đơn lẻ trước đây (5 - 15%).⁴ Thời gian tái phát trung bình là 41 tháng, phần lớn tái phát xuất hiện trong 5 năm đầu nhưng có khoảng 25% tái phát xuất hiện sau 5 năm, vì vậy việc quản lý lâu dài nhóm bệnh nhân UĐGN là cần thiết để phát hiện tái phát tại chỗ hoặc di căn xa.⁴ Chúng tôi có một trường hợp tái phát sau mổ 14 tháng, u tái phát tại phần ống mật chủ gây hẹp đường mật, đây có thể là phần u tồn dư sau lần phẫu thuật đầu tiên (diện cắt R1). Trẻ này sau đó được phẫu thuật lại cắt u tồn dư và nối mật - ruột.

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là thời gian theo dõi trung bình chưa đủ dài, cỡ mẫu chưa đủ lớn, cần thời gian theo dõi xa hơn để đánh giá tái phát, di căn và tình trạng suy giảm chức năng tụy sau mổ.

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 cắt u bảo tồn đầu tụy là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mylonas KS, Doulamis IP, Tsilimigras DI, et al. Solid pseudopapillary and malignant pancreatic tumors in childhood: A systematic review and evidence quality assessment. *Pediatr Blood Cancer*. 2018; 65(10): e27114. doi:10.1002/pbc.27114.

2. Jentzsch C, Fuchs J, Agaimy A, et al. Solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas in childhood and adolescence-an analysis of the German Registry for Rare Pediatric Tumors (STEP). *Eur J Pediatr*. 2023; 182(12): 5341-5352. doi:10.1007/s00431-023-05203-w.
3. Naar L, Spanomichou DA, Mastoraki A, Smyrniotis V, Arkadopoulou N. Solid Pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas: A Surgical and Genetic Enigma. *World J Surg*. 2017; 41(7): 1. doi:10.1007/s00268-017-3921-y.
4. Yepuri N, Naous R, Meier AH, et al. A systematic review and meta-analysis of predictors of recurrence in patients with Solid Pseudopapillary Tumors of the Pancreas. *HPB*. 2020; 22(1): 12-19. doi:10.1016/j.hpb.2019.06.005.
5. 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*. 2022; 10:899965. doi:10.3389/fped.2022.899965.
6. Bochis OV, Bota M, Mihut E, Buiga R, Hazbei DS, Irimie A. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: clinical-pathological features and management of 13 cases. *Clujul Med 1957*. 2017; 90(2): 171-178. doi:10.15386/cjmed-672.
7. Kumar NAN, Bhandare MS, Chaudhari V, Sasi SP, Shrikhande SV. 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*. 2019; 45(2): 187-191. doi:10.1016/j.ejso.2018.08.027.
8. Ahmad NA, Kochman ML, Brensinger C, et al. Interobserver agreement among endosonographers for the diagnosis of neoplastic versus non-neoplastic pancreatic cystic lesions. *GastrointestEndosc*. 2003; 58(1): 59-64. doi:10.1067/mge.2003.298.
9. Shen Y, Wang Z, Zhu J, Chen Y, Gu W, Liu Q. α -Methylacyl-CoA racemase (P504S) is a useful marker for the differential diagnosis of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas. *Ann Diagn Pathol*. 2014; 18(3): 146-150. doi:10.1016/j.anndiagpath.2014.02.006.
10. You L, Yang F, Fu DL. Prediction of malignancy and adverse outcome of solid pseudopapillary tumor of the pancreas. *World J Gastrointest Oncol*. 2018; 10(7): 184-193. doi:10.4251/wjgo.v10.i7.184.
11. Wang X, Chen YH, Tan CL, et al. Enucleation of pancreatic solid pseudopapillary neoplasm: Short-term and long-term outcomes from a 7-year large single-center experience. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol*. 2018; 44(5): 644-650. doi:10.1016/j.ejso.2018.01.085.
12. Xu YC, Fu DL, Yang F. Unraveling the enigma: A comprehensive review of solid pseudopapillary tumor of the pancreas. *World J Gastrointest Oncol*. 2024; 16(3): 614-629. doi:10.4251/wjgo.v16.i3.614.
13. Beger HG, Nakao A, Mayer B, Poch B. Duodenum-preserving total and partial pancreatic head resection for benign tumors - Systematic review and meta-analysis. *Pancreatol*. 2015; 15(2): 167-178. doi:10.1016/j.pan.2015.01.009.
14. Kato T, Egawa N, Kamisawa T, et al. A case of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas and tumor doubling time. *Pancreatol*. 2002; 2(5): 495-498. doi:10.1159/000064711.
15. Lin MYC, Stabile BE. Solid Pseudopapillary Neoplasm of the Pancreas: A Rare and Atypically Aggressive Disease among Male Patients. *Am Surg*. 2010; 76(10): 1075-1078. doi:10.1177/000313481007601011.

Summary

SHORT-TERM OUTCOMES OF PANCREATIC HEAD TUMOR ENUCLEATION FOR SOLID PSEUDOPAPILLARY NEOPLASMS IN CHILDREN: A RETROSPECTIVE CASE SERIES

This retrospective study evaluated the short-term outcomes of pancreatic head tumor resection in 14 pediatric patients with solid pseudopapillary neoplasm (SPN) treated at the Vietnam National Children's Hospital between January 2022 and December 2024. The mean age at diagnosis was 10.5 years old (range, 7 - 15), with a female predominance (78.6%). The most common presenting symptom was epigastric and left hypochondrial pain (85.7%), and the mean tumor size was 4.6cm (range, 1.9 - 10cm). On computed tomography, the majority of tumors exhibited a mixed solid-cystic pattern (64.3%). All patients underwent pancreatic head resection without perioperative mortality. Postoperative complications included pancreatic fistula (7.1%) and biliary fistula (7.1%). One patient developed recurrence at 14 months, while the remaining cases remained in stable condition under regular follow-up. These findings suggest that SPN of the pancreas is a rare, low-grade malignant tumor, and pancreatic head-preserving resection is a safe and effective treatment in children, with low rates of complications and recurrence.

Keywords: Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas, children, pancreatic head tumor enucleation.