

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LỒNG RUỘT DO POLYP PEUTZ-JEGHERS Ở TRẺ EM

Vũ Mạnh Hoàn¹, Phạm Duy Hiền¹, Nguyễn Công Sơn¹
Đỗ Văn Khang² và Trần Xuân Nam^{1,✉}

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Hội chứng Peutz-Jeghers (PJS) là bệnh di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, gây polyp hamartoma chủ yếu ở ruột non và dễ dẫn đến lồng ruột hoặc thiếu máu do chảy máu tiêu hóa. Mục tiêu điều trị là loại bỏ tối đa polyp để giảm biến chứng. Dù một số trung tâm đã áp dụng các kỹ thuật ít xâm lấn như nội soi viên nang hay nội soi ruột non bóng đôi, nhiều cơ sở vẫn phải dựa vào phẫu thuật mở. Nghiên cứu hồi cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2019 - 2024) gồm 13 trẻ PJS bị lồng ruột cần phẫu thuật, tuổi trung vị 5 tuổi, 6 trường hợp có tiền sử gia đình. Có 4 ca mổ cấp cứu và 9 ca bán cấp cứu; trong mổ, tất cả polyp > 15mm đều được mở ruột cắt bỏ, tối đa 8 polyp mỗi bệnh nhân, không có biến chứng sau mổ. Theo dõi trung bình 43 tháng ghi nhận 5 ca tái phát (trung vị 15 tháng), đều được phẫu thuật lại thuận lợi. Phẫu thuật mở vẫn là lựa chọn an toàn và hiệu quả trong bối cảnh thiếu kỹ thuật nội soi chuyên sâu, nhưng tỷ lệ tái phát nhấn mạnh nhu cầu theo dõi lâu dài và phát triển các phương pháp ít xâm lấn hơn.

Từ khóa: Lồng ruột, hội chứng Peutz-Jeghers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Peutz-Jeghers (PJS) là một bệnh lý di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, đặc trưng bởi sự hình thành các polyp hamartoma (polyp Peutz-Jeghers) rải rác trong đường tiêu hóa và các dát sắc tố ở da, niêm mạc (điển hình là quanh môi và niêm mạc miệng). Tần suất mắc bệnh ước tính khoảng 1/8.300 - 1/200.000 trẻ đẻ sống, với tỉ lệ hiện mắc trong cộng đồng dao động từ 1/50.000 đến 1/200.000.¹ Các polyp đường tiêu hóa thường xuất hiện sớm, phân bố chủ yếu ở ruột non nhưng cũng có thể gặp ở dạ dày và đại tràng. Đa số bệnh nhân bắt đầu có triệu chứng về tiêu hóa hoặc thiếu máu trong thời thơ ấu hay tuổi thanh thiếu niên.² Các polyp này có thể gây chảy máu, thiếu máu thiếu sắt, tắc ruột; đặc biệt lồng ruột là biến chứng

thường gặp nhất ở trẻ em. Các nghiên cứu đoàn hệ và dữ liệu chuyên ngành nhi khoa cho thấy nguy cơ lồng ruột tích lũy trong thời thơ ấu lên đến 50 - 68%, với 15 - 30% bệnh nhân phải phẫu thuật vì biến chứng này trước 10 tuổi.² Ngoài các biến chứng cơ học, bệnh nhân PJS còn đối mặt với nguy cơ cao hình thành các khối u ác tính cả trong và ngoài đường tiêu hóa. Các báo cáo gần đây ghi nhận nguy cơ ung thư tích lũy khoảng 55 - 76% ở tuổi 60 và tăng lên 76 - 85% ở tuổi 70, trong đó nguy cơ ung thư đường tiêu hóa dao động từ 28% đến 65% tùy theo nghiên cứu và mốc tuổi phân tích.³⁻⁵ Vì vậy, các hướng dẫn lâm sàng hiện nay đều nhấn mạnh tầm quan trọng của chương trình tầm soát đa cơ quan và can thiệp cắt polyp chủ động, nhằm giảm thiểu biến chứng cấp tính như lồng ruột và phát hiện sớm các tổn thương ác tính.

Tại Việt Nam, quan điểm trước đây thường là chỉ can thiệp phẫu thuật khi polyp PJS gây lồng ruột không tự tháo được. Thái độ xử trí

Tác giả liên hệ: Trần Xuân Nam

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: namtranxuan1989@gmail.com

Ngày nhận: 20/11/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

này xuất phát từ lo ngại về tính khả thi của việc cắt bỏ toàn bộ polyp cũng như khả năng tái phát cao. Hạn chế của quan điểm này là bỏ sót các polyp ở những bệnh nhân lồng ruột tự tháo hoặc các trường hợp không có triệu chứng, từ đó làm tăng nguy cơ biến chứng về sau và đặc biệt là nguy cơ ác tính hóa khi bệnh nhân trưởng thành.⁶ Quan điểm gần đây tại Bệnh viện Nhi Trung ương đã thay đổi, theo đó các phẫu thuật viên cố gắng tối đa phát hiện và xử trí triệt để các polyp này bằng phẫu thuật hoặc can thiệp nội soi đường tiêu hóa. Trong bối cảnh can thiệp nội soi cắt polyp ở ruột non chưa phổ biến tại nhiều trung tâm nhi khoa ở Việt Nam, phẫu thuật vẫn được coi là lựa chọn tối ưu. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tính hiệu quả của phẫu thuật cắt polyp đường tiêu hóa trên bệnh nhân PJS và phân tích kết quả theo dõi sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhi được chẩn đoán lồng ruột do polyp/Hội chứng Peutz-Jeghers tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

(1) Bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán lồng ruột.

(2) Tháo lồng bằng hơi thất bại (hơi không qua được ruột non, hoặc hơi qua được nhưng siêu âm sau thủ thuật vẫn còn khối lồng).

(3) Được phẫu thuật và ghi nhận nguyên nhân lồng ruột là polyp ruột non.

(4) Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác định là polyp Peutz-Jeghers (PJS).

Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật ổ bụng vì các nguyên nhân khác.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh. Chọn mẫu toàn bộ không xác suất gồm tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Quy trình chẩn đoán và can thiệp

Sau khi tháo lồng bằng hơi thất bại, những bệnh nhân vẫn còn triệu chứng tắc ruột điển hình được chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Những trường hợp triệu chứng lâm sàng cải thiện (giảm đau bụng, tái lập lưu thông tiêu hóa) sẽ được nội soi dạ dày-tá tràng và đại tràng để tầm soát, cắt các polyp > 1,5cm trước khi tiến hành phẫu thuật bán cấp cứu.

Trong phẫu thuật (mổ mở), sau khi tháo lồng, toàn bộ ruột non được kiểm tra, và tất cả các polyp có kích thước > 1,5cm được cắt bỏ (mở ruột theo chiều dọc, đưa polyp ra ngoài vị trí mở ruột, clamp sát chân polyp, khâu buộc bằng chỉ Vicryl 4/0, đóng lại chỗ mở ruột theo chiều ngang). Quyết định can thiệp với ngưỡng polyp > 1,5cm tuân theo khuyến cáo của ESPGHAN.²

Tiêu chuẩn chẩn đoán Hội chứng Peutz-Jeghers (PJS)⁷

- Chẩn đoán PJS được xác định khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Có từ hai polyp PJS trở lên (xác nhận trên giải phẫu bệnh).

- Có một polyp PJS, kèm tiền sử gia đình (họ hàng gần) có người được chẩn đoán PJS.

- Có các nốt sắc tố ở niêm mạc (miệng, môi), kèm tiền sử gia đình (họ hàng gần) có người được chẩn đoán PJS.

- Có một polyp PJS, kèm theo các nốt sắc tố ở niêm mạc (miệng, môi).

Xử lý dữ liệu

Số liệu được thu thập qua một mẫu bệnh

án nghiên cứu thống nhất. Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc y đức trong Tuyên ngôn Helsinki. Mọi thông tin định danh của bệnh nhân đều đã được mã hóa để bảo vệ quyền riêng tư.

III. KẾT QUẢ

Có 13 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu trong giai đoạn từ tháng 1/2019 đến tháng 2/2024, gồm 8 nam và 5 nữ. Tuổi trung vị khi phẫu thuật là 5 tuổi (2 - 180 tháng). Tất cả bệnh nhân nhập viện với biểu hiện lồng ruột, chủ yếu là đau bụng cơn, nôn hoặc buồn nôn.

Siêu âm ổ bụng ghi nhận hình ảnh lồng ruột ở tất cả các trường hợp, trong đó 7/13 bệnh nhân nghi ngờ có polyp trong khối lồng (3 bệnh nhân mổ cấp cứu và 4 bệnh nhân mổ bán cấp cứu). Tiền sử gia đình cho thấy 6/13 bệnh nhân có người thân hoặc họ hàng gần mắc hội chứng Peutz-Jeghers hoặc có đa polyp đường tiêu hóa.

Chẩn đoán trước mổ hướng đến PJS được đặt ra ở 10/13 trường hợp, dựa trên đặc điểm lâm sàng như lồng ruột tái phát, bớt sắc tố ở niêm mạc miệng, hoặc tiền sử gia đình liên quan. Trong số này, 4 bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu, còn lại 9 bệnh nhân được mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi dạ dày-tá tràng và đại tràng nhằm tầm soát và cắt bỏ các polyp phát hiện được trước mổ.

Bảng 1. Tóm tắt xử trí trước và trong mổ với các bệnh nhân

Bệnh nhân	Lý do phẫu thuật	Nội soi dạ dày	Nội soi đại tràng	Số lượng polyp tiêu hóa	Xử trí	Bớt sắc tố	Polyp tái phát
1	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	7 lần soi dạ dày cắt polyp tái phát	7 lần cắt polyp tái phát	8	Cắt 8 polyp ruột non, 4 miệng nối tiêu hóa nối ngay	Có	Không
2	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Soi dạ dày cắt polyp 1 lần	3 lần cắt polyp	2	Cắt 2 đoạn ruột chứa 2 polyp nối 2 miệng nối tiêu hóa	Có	Có
3	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Soi dạ dày cắt polyp 1 lần	Soi đại tràng không ghi nhận tổn thương	8	8 polyp rải rác trong lòng ruột non, mờ ruột non 1 vị trí cắt polyp	Có	Không

Bệnh nhân	Lý do phẫu thuật	Nội soi dạ dày	Nội soi đại tràng	Số lượng polyp tiêu hóa	Xử trí	Bớt sắc tố	Polyp tái phát
4	Mổ cấp cứu vì lồng ruột không tháo được	Chưa soi	Chưa soi	4	Khối 4 cm trong manh tràng, cắt manh tràng nối hồi manh tràng nối ngay	Có	Không
5	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Chưa soi	Soi đại tràng không ghi nhận tổn thương	2	Cắt 2 polyp ruột non, làm 2 miệng nối tiêu hóa	Có	Có
6	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Soi dạ dày cắt polyp	Soi đại tràng không ghi nhận tổn thương	4	Mổ mở cắt 1 polyp ruột non và 3 polyp lớn trong dạ dày	Có	Có
7	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Chưa soi	Soi đại tràng phát hiện 2 khối polyp lớn không cắt được	1	Cắt đoạn đại tràng chứa 1 polyp nối ngay	Có	Không
8	Mổ cấp cứu vì lồng ruột không tháo được	Chưa soi	Chưa soi	1	Mổ cắt 1 đoạn ruột non chưa polyp nối ngay	Không	
9	Mổ cấp cứu vì lồng ruột không tháo được	Chưa soi	Chưa soi	1	Mổ cắt 1 đoạn ruột non chưa polyp nối ngay	Không	Không
10	Mổ cấp cứu vì lồng ruột không tháo được	Chưa soi	Chưa soi	1	Mổ cắt 1 đoạn ruột non chưa polyp nối ngay	Có	Không
11	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Chưa soi	Soi dạ dày tá tràng ghi nhận khối lớn ở D2 tá tràng	1	Mở tá tràng cắt một polyp	Có	Có

Bệnh nhân	Lý do phẫu thuật	Nội soi dạ dày	Nội soi đại tràng	Số lượng polyp tiêu hóa	Xử trí	Bớt sắc tố	Polyp tái phát
12	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Đã soi không phát hiện bất thường	Đã soi không phát hiện bất thường	1	Mổ mở cắt đoạn ruột chứa polyp	Có	Không
13	Mổ bán cấp cứu sau khi đã được nội soi đường tiêu hóa tầm soát	Đã soi cắt polyp dạ dày	Đã soi cắt polyp đại tràng	6	Mở ruột 2 vị trí và mổ tá tràng để cắt polyp (tổng số 3 polyp)	Có	Có



Hình 1. Bớt sắc tố ở bệnh nhân số 1

Giải phẫu bệnh hậu phẫu xác nhận tất cả các mẫu bệnh phẩm đều là polyp Peutz-Jeghers, lành tính, qua đó khẳng định chẩn đoán hội chứng Peutz-Jeghers ở 10/13 bệnh nhân.



Hình 2. Hình thái polyp PJS ghi nhận trong mổ

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật có trung vị 8 ngày (5 - 20 ngày). Một trường hợp phải điều trị kéo dài 20 ngày do bán tắc ruột sau mổ, được xử trí nội khoa thành công. Không ghi nhận tai biến trong mổ cũng như biến chứng hậu phẫu nặng (tắc ruột, rò/hẹp miệng nối tiêu hóa).

Tất cả bệnh nhân được theo dõi đến thời điểm báo cáo với thời gian trung bình 43 tháng (4 - 62 tháng). Không ghi nhận biến chứng sớm sau phẫu thuật (rò miệng nối, hẹp miệng nối, tắc ruột sớm). Tái phát polyp ghi nhận ở 5/13 bệnh nhân, với thời điểm trung bình 15 tháng sau mổ. Những bệnh nhân này được phẫu thuật lại cắt polyp tại các vị trí tái phát.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân (13/13) nhập viện vì triệu chứng của lồng ruột, kết quả này hoàn toàn phù hợp với các báo cáo quốc tế. Y văn đã xác định lồng ruột là biến chứng đường tiêu hóa phổ biến nhất ở bệnh nhi PJS.⁸ Các polyp hamartoma ở ruột non hoạt động như các điểm dẫn (lead points) gây tắc nghẽn cơ học. Hướng dẫn của Hiệp hội tiêu hóa, gan và dinh dưỡng nhi khoa Châu Âu (ESPGHAN) năm 2019 trích dẫn các dữ liệu lịch sử cho thấy nguy cơ lồng ruột tích lũy ở trẻ em PJS dưới 18 tuổi lên đến 68%.² Một tổng quan y văn gần đây (2025) phân tích các chỉ định phẫu thuật ban đầu ở bệnh nhân PJS trong độ tuổi 6 - 25, ghi nhận lồng ruột chiếm đa số (81,4%), bỏ xa các nguyên nhân khác như tắc ruột không do lồng (14,0%) hay xuất huyết tiêu hóa (4,7%).⁹

Một điểm quan trọng từ dữ liệu của nghiên cứu này là tuổi trung vị 5 tuổi khi nhập viện phẫu thuật. Con số này đặc biệt có ý nghĩa khi so sánh với các khuyến cáo quốc tế. Cả ESPGHAN và Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) đều khuyến nghị bắt đầu tầm soát ruột non định kỳ (bằng nội soi viên nang hoặc chẩn đoán hình ảnh) ở trẻ 8 - 10 tuổi.¹⁰ Việc các bệnh nhân trong nghiên cứu này biểu hiện biến chứng cấp cứu ở mức trung vị 5 tuổi, tức là trước thời điểm tầm soát tiêu chuẩn, cho thấy một nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, biểu hiện bệnh lý sớm. Điều này không phải là cá biệt; một nghiên cứu đoàn hệ lớn từ Nhật Bản (2024) trên 22 bệnh nhi PJS (tuổi chẩn đoán trung vị 9 tuổi) cũng phát hiện ra rằng 36,4% bệnh nhân có polyp lớn (đường kính > 15mm) trước 8 tuổi.¹¹ Những dữ liệu này khẳng định rằng, ngay cả khi các chương trình tầm soát được tuân thủ, lồng ruột cấp do polyp PJS ở trẻ nhỏ vẫn là một thực tế lâm sàng không thể tránh khỏi, đòi hỏi các trung tâm phẫu thuật nhi phải luôn sẵn sàng năng lực can thiệp cấp cứu.

Cần phải thừa nhận rằng, trái ngược với cách tiếp cận phẫu thuật khi có triệu chứng, chiến lược điều trị hiện đại đã tập trung vào việc ngăn chặn biến chứng lồng ruột ngay từ đầu. ESPGHAN và ACG đồng thuận về một số điểm chính như:

- Thời điểm: Tầm soát ruột non nên bắt đầu sớm, từ 8 - 10 tuổi, ngay cả khi trẻ không có triệu chứng.

- Phương tiện tầm soát: Các phương tiện không xâm lấn hoặc ít xâm lấn được ưu tiên, bao gồm nội soi viên nang (Video Capsule Endoscopy - VCE) hoặc cộng hưởng từ ruột (Magnetic Resonance Enterography - MRE).¹⁰ VCE đã được chứng minh là khả thi, an toàn, chính xác trong việc phát hiện polyp ruột non ở trẻ em PJS và bệnh nhi cũng hợp tác hơn đáng kể so với phương pháp chụp X-quang có uống thuốc cản quang truyền thống (barium enterography).

- Ngưỡng can thiệp: Đây là điểm mấu chốt. Các hướng dẫn khuyến nghị can thiệp cắt bỏ polyp (polypectomy) khi polyp đạt kích thước đường kính > 10mm đến 15mm, ngay cả khi không có triệu chứng.⁸ Mục tiêu là loại bỏ các "điểm dẫn" tiềm năng trước khi chúng đủ lớn để gây lồng ruột.

Công cụ đã tạo nên cuộc cách mạng trong quản lý PJS là nội soi có hỗ trợ dụng cụ (Device-Assisted Enteroscopy - DAE), bao gồm nội soi bóng đơn (Single-Balloon Enteroscopy - SBE) và nội soi bóng kép (Double-Balloon Enteroscopy - DBE). Các kỹ thuật này cho phép nội soi can thiệp điều trị sâu trong ruột non, một khu vực trước đây được coi là bất khả thi nếu không phẫu thuật. Một nghiên cứu đa trung tâm quan trọng tại Hoa Kỳ của Elfeky (2024) theo dõi 23 bệnh nhân PJS (bao gồm cả người lớn và trẻ em) trong 14 năm.¹² Kết quả cho thấy trước khi bắt đầu chương trình giám

sát DAE, 18/23 bệnh nhân (78%) đã phải phẫu thuật mổ bụng cấp cứu vì biến chứng polyp. Sau khi bắt đầu chương trình DAE dự phòng (cắt polyp > 10mm), không có bệnh nhân nào (0%) phải phẫu thuật cấp cứu vì lồng ruột trong suốt 14 năm. Một nghiên cứu lớn khác của Min Kyu Kim (2025) trên 45 bệnh nhân PJS (bao gồm cả trẻ em) được theo dõi từ 2005 - 2023, báo cáo rằng DAE là phương pháp quản lý hiệu quả polyp ruột non lớn về lâu dài.¹³ Ngay cả khi một số bệnh nhân cuối cùng vẫn cần phẫu thuật (thường là do polyp quá lớn hoặc ở vị trí DAE không thể tiếp cận), thời gian trung vị từ khi bắt đầu DAE đến khi phải phẫu thuật là 155 tháng (gần 13 năm).

Mặc dù DAE dự phòng là lý tưởng, phẫu thuật vẫn có vai trò không thể thay thế trong các bối cảnh:

- (1) Cấp cứu lồng ruột không tháo được, hoại tử ruột, hoặc thủng;
- (2) Polyp gây chảy máu ồ ạt không kiểm soát được qua nội soi; và
- (3) Polyp quá lớn hoặc ở vị trí DAE không thể tiếp cận một cách an toàn.¹⁴

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều thuộc nhóm chỉ định phẫu thuật này. Câu hỏi then chốt mà y văn đặt ra là: Khi đã quyết định phẫu thuật, chiến lược tối ưu là gì? Phẫu thuật chỉ tập trung tháo lồng và cắt bỏ (thường là cắt đoạn ruột) polyp gây lồng ruột, sau đó đóng bụng hay phẫu thuật “quét sạch”: Phẫu thuật viên sau khi giải quyết vấn đề cấp cứu, sẽ tiến hành kiểm tra toàn bộ ruột non và cắt bỏ tất cả các polyp (thường là >10 - 15mm) trong cùng một cuộc mổ.

Các nghiên cứu đã chứng minh một cách thuyết phục rằng phẫu thuật đơn thuần tháo lồng có hoặc không cắt đoạn ruột là không hiệu quả, dẫn đến tỷ lệ tái phẫu thuật cao trong thời gian ngắn. Ngược lại, chiến lược “quét sạch” (clean sweep) giúp giảm đáng kể nhu

cầu tái phẫu thuật.¹⁵ Tuy nhiên, “clean sweep” hiệu quả nhất đòi hỏi phải có nội soi trong mổ (Intraoperative Enteroscopy - IOE).⁸ Trong IOE, phẫu thuật viên mổ một hoặc nhiều đường mổ ruột nhỏ và đưa ống nội soi vào để tầm soát toàn bộ ruột non. IOE vượt trội hơn hẳn so với việc phẫu thuật viên chỉ sờ nắn và nhìn xuyên sáng bằng mắt thường để tìm polyp. So sánh với nghiên cứu hiện tại, mặc dù không có IOE, chúng tôi đã thực hiện đúng tinh thần của “clean sweep”, mổ mở thăm dò và cắt tất cả các polyp có đường kính trên 15mm một cách triệt để. Tuy nhiên, việc chỉ dựa vào mổ mở và sờ nắn, mà không có IOE, sẽ gây nguy cơ bỏ sót các polyp nhỏ hơn hoặc nằm ở vị trí khó. Chính những polyp bị bỏ sót này (hoặc các polyp mới phát triển) là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tỷ lệ tái phát 38,5% và thời gian tái phát trung vị 15 tháng được ghi nhận trong nghiên cứu.

Chúng tôi thừa nhận nghiên cứu này có một số hạn chế cố hữu của nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh với cỡ mẫu nhỏ (n = 13). Đây là điều khó tránh khỏi khi nghiên cứu về một bệnh lý hiếm như PJS và nhiều báo cáo quốc tế cũng gặp phải hạn chế tương tự.⁸ Mặc dù vậy, nghiên cứu đã cung cấp những dữ liệu có giá trị về tính an toàn và hiệu quả của chiến lược phẫu thuật mổ mở trong bối cảnh cấp cứu, phù hợp cho các cơ sở y tế mà các kỹ thuật nội soi can thiệp ruột non tiên tiến (DAE/DBE) chưa được triển khai rộng rãi. Các kết quả của chúng tôi, đặc biệt là tỷ lệ tái phát 38,5% sau 15 tháng là minh chứng một cách rõ ràng sự cần thiết phải chuyển dịch mô hình điều trị. Mặc dù phẫu thuật mổ mở “quét sạch” là một giải pháp tình thế an toàn và hiệu quả để xử lý biến chứng cấp tính, chiến lược dài hạn tối ưu là xây dựng một chương trình giám sát nội soi định kỳ, có hệ thống để thay đổi chu kỳ phẫu thuật-tái phát-phẫu thuật, giúp bảo tồn ruột và cải thiện tiên lượng lâu dài cho bệnh nhi PJS.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tháo lồng kết hợp cắt bỏ tối đa các polyp là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị lồng ruột do polyp PJS ở trẻ em. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát polyp sau mổ vẫn còn đáng kể, cho thấy việc chỉ dựa vào phẫu thuật là chưa đủ để kiểm soát bệnh lâu dài, cần thiết xây dựng chiến lược theo dõi, tầm soát nội soi định kỳ và phát triển các kỹ thuật nội soi ruột non chuyên sâu, nhằm giảm phẫu thuật lặp lại và cải thiện tiên lượng dài hạn cho bệnh nhi PJS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tachecil, Kopacova M, Bures J. Peutz-Jeghers syndrome. *Curr Opin Gastroenterol*. 2021; 37(3): 245-254. doi:10.1097/MOG.0000000000000718.
2. Latchford A, Cohen S, Auth M, et al. Management of Peutz-Jeghers Syndrome in Children and Adolescents: A Position Paper From the ESPGHAN Polyposis Working Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019; 68(3): 442-452. doi:10.1097/MPG.0000000000002248.
3. Chen HY, Jin XW, Li BR, et al. Cancer risk in patients with Peutz-Jeghers syndrome: A retrospective cohort study of 336 cases. *Tumour Biol*. 2017; 39(6): 1010428317705131. doi:10.1177/1010428317705131.
4. Kim SH, Kim ER, Park JJ, et al. Cancer risk in patients with Peutz-Jeghers syndrome in Korea: a retrospective multi-center study. *Korean J Intern Med*. 2023; 38(2): 176-185. doi:10.3904/kjim.2022.208.
5. Wang Z, Wang Z, Wang Y, et al. High risk and early onset of cancer in Chinese patients with Peutz-Jeghers syndrome. *Front Oncol*. 2022; 12. doi:10.3389/fonc. 2022.900516.
6. Trần Thị Hoa, Đào Thị Luận, Trần Ngọc Dũng. Ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng trên bệnh nhân có hội chứng Peutz - Jegher: Báo cáo ca bệnh và hồi cứu y văn. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 147(11): 296-301. doi:10.52852/tcncyh.v147i11.538.
7. Jelsig AM, Qvist N, Brusgaard K, et al. Hamartomatous polyposis syndromes: A review. *Orphanet J Rare Dis*. 2014; 9: 101. doi:10.1186/1750-1172-9-101.
8. Wagner A, Aretz S, Auranen A, et al. The Management of Peutz-Jeghers Syndrome: European Hereditary Tumour Group (EHTG) Guideline. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(3): 473. doi:10.3390/jcm10030473.
9. Zhang J, Xie TH, Fu Y, et al. Intussusception secondary to Peutz-Jeghers syndrome: a case report and literature review of diagnostic and therapeutic advances. *Front Med (Lausanne)*. 2025; 12: 1687958. doi:10.3389/fmed.2025.1687958.
10. Hudson T, Phen C, Rojas I, et al. Guidelines on Management of Hereditary Polyposis Syndromes in Pediatric Patients: Agreement, Disagreement and Where It Matters. *Gastrointestinal Disorders*. 2025; 7(1): 1. doi:10.3390/gidisord7010001.
11. Dofuku M, Yano T, Yokoyama K, et al. Management of pediatric Peutz-Jeghers syndrome: Highlighting the efficacy and safety of endoscopic ischemic polypectomy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2025; 80(3): 408-416. doi:10.1002/jpn3.12458.
12. Elfeky OWM, Panjwani S, Cave D, et al. Device-assisted enteroscopy in the surveillance of intestinal hamartomas in Peutz-Jeghers syndrome. *Endoscopy International Open*. 2024; 12(1): E128. doi:10.1055/a-2197-8554.
13. Kim MK, Hong SW, Hwang SW, et al. Long-Term Outcomes of Double-Balloon Enteroscopy Polypectomy for Large Small Bowel Polyps Detected During Surveillance Imaging in Patients With Peutz-Jeghers

Syndrome. *J Dig Dis*. 2025; 26(1-2): 44-51. doi:10.1111/1751-2980.13335.

14. Yamamoto H, Sakamoto H, Kumagai H, et al. Clinical Guidelines for Diagnosis and Management of Peutz-Jeghers Syndrome in Children and Adults. *Digestion*. 2023; 104(5): 335-347. doi:10.1159/000529799.

15. Perrod G, Samaha E, Perez-Cuadrado-Robles E, et al. Small bowel polyp resection using device-assisted enteroscopy in Peutz-Jeghers Syndrome: Results of a specialised tertiary care centre. *United European Gastroenterol J*. 2020; 8(2): 204-210. doi:10.1177/2050640619874525.

Summary

SURGICAL OUTCOMES OF INTUSSUSCEPTION CAUSED BY PEUTZ-JEGHERS POLYPS IN CHILDREN

Peutz–Jeghers syndrome (PJS) is an autosomal dominant disorder characterized by hamartomatous polyps predominantly located in the small intestine, which may lead to intussusception or anemia secondary to gastrointestinal bleeding. The primary therapeutic goal is maximal polyp clearance to reduce complication risk. Although some centers have adopted minimally invasive approaches such as capsule endoscopy or double-balloon enteroscopy, many institutions still rely on open surgery. This retrospective study conducted at Vietnam National Children Hospital (2019 – 2024) included 13 children with PJS who presented with intussusception requiring operative management. The median age was 5 years old, and six patients had a positive family history. Four children underwent emergency surgery and nine underwent urgent procedures. Intraoperatively, all polyps larger than 15mm were removed through enterotomy, with up to eight polyps excised per patient, all without postoperative complication. During a mean follow-up of 43 months, five recurrences were recorded (median 15 months), all of which were successfully managed surgically. Open surgery remains a safe and effective option where advanced endoscopic techniques are limited; however, the recurrence rate highlights the need for long-term surveillance and the development of less invasive strategies.

Keywords: Intussusception, Peutz-Jeghers syndrome.