

CẮT KHỐI THÂN ĐUÔI TỤY - LÁCH XUÔI DÒNG TRIỆT CĂN: THÔNG BÁO LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Thành Khiêm¹

Đỗ Hải Đăng²

Trịnh Hồng Sơn³

Nguyễn Hàm Hội¹

Lại Thanh Tùng³

Lương Tuấn Hiệp²

Nguyễn Thị Lan⁴

Lê Văn Duy¹

Đặng Kim Khuê¹

Nguyễn Ngọc Hùng¹

TÓM TẮT

Ung thư tụy là một trong những ung thư đường tiêu hóa có tính chất ác tính nhất. Phẫu thuật được coi là phương pháp triệt căn duy nhất trong ung thư tụy nói chung và ung thư thân đuôi tụy nói riêng. Phẫu thuật cắt khối thân đuôi tụy – lách xuôi dòng triệt căn (RAMPS) là một kỹ thuật mới với khả năng nạo vét hạch và phẫu tích u tốt hơn phương pháp cắt thân đuôi tụy thông thường. Chúng tôi xin báo cáo 2 trường hợp ung thư biểu mô tuyến vùng thân đuôi tụy được phẫu thuật theo phương pháp RAMPS. Nhìn chung, đây là phương pháp an toàn và hiệu quả, cần được nghiên cứu ứng dụng vào thực hành lâm sàng nhằm nâng cao khả năng nạo vét hạch và thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư thân đuôi tụy.

Từ khóa: RAMPS, ung thư tụy

¹ Khoa Phẫu thuật tiêu hóa - Gan mật tụy, Bệnh viện Bạch Mai

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Khoa Ung bướu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴ Khoa Phẫu thuật gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tác giả chịu trách nhiệm:

BS. Đỗ Hải Đăng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dangsp94@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/03/2021

Ngày phản biện: 14/04/2021

Ngày đồng ý đăng: 20/04/2021

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là một trong những ung thư đường tiêu hóa có tính chất ác tính nhất. Theo GLOBOCAN 2020, mỗi năm trên thế giới có khoảng gần 496.000 ca mắc mới và hơn 466.000 ca tử vong [1],[2]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong các phương tiện chẩn đoán như chụp CLVT, các chất chỉ điểm khối u, sinh thiết tụy dưới, siêu âm nội soi [3]; nhưng việc chẩn đoán

sớm ung thư tụy còn gặp nhiều khó khăn vì các triệu chứng nghèo nàn, không điển hình. Tỷ lệ phẫu thuật cắt bỏ được khối u ở thời điểm chẩn đoán chỉ 10-20% và tiên lượng sau mổ còn hạn chế [4],[5],[6]. Phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất trong ung thư tụy. Lấy bỏ rộng rãi khối u, nạo vét hạch đảm bảo diện cắt âm tính rất quan trọng trong việc cải thiện tiên lượng khối u tụy. Năm 2003, tác giả Strasberg (Mỹ) đã công bố một kỹ thuật điều

trị khối u vị trí thân đuôi tụy có tên là Radical antegrade modular pancreateosplenectomy viết tắt là RAMPS; tạm dịch sang tiếng Việt là “Cắt khối thân đuôi tụy- lách xuôi dòng triệt căn”. Theo tìm hiểu của chúng tôi, hiện tại ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu hay báo cáo nào về cắt lách thân đuôi tụy theo kỹ thuật này. Chúng tôi viết thông báo lâm sàng này với mục đích điểm lại y văn về chỉ định, kỹ thuật và kết quả của phương pháp phẫu thuật này.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

2.1. Trường hợp thứ nhất

Bệnh nhân N.T.V, nam, 43 tuổi, địa chỉ Quảng Bình. Bệnh nhân có tiền sử viêm gan B 2 năm, khám bệnh vì đau bụng vùng thượng vị lan ra sau lưng. Khám lâm sàng: bệnh nhân tỉnh

táo, thể trạng gầy (cân nặng 52 kg, chiều cao 164 cm, BMI 19,3), hạch cổ không sờ thấy, tuyến giáp không to, dấu hiệu tim phổi bình thường, bụng mềm, không sờ thấy khối vùng thượng vị, không có dịch ổ bụng.

Phim cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh khối u thân tụy kích thước 80x50 mm, trước và sau tiêm cấu trúc không đồng nhất, thâm nhiễm mặt sau dạ dày, xâm lấn động mạch (ĐM) lách (Hình 2). Tĩnh mạch (TM) lách sau tụy nhỏ và ngấm thuốc kém, tuần hoàn bàng hệ ở TM vành vị. Không có dịch tự do ổ bụng, không có hạch bất thường. Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu trước mổ bình thường. Kết quả nội soi dạ dày và đại tràng bình thường. Xét nghiệm chất chỉ điểm u CEA 3,19 ng/ml, CA19-9 40 U/ml, AFP 1,59 ng/ml.

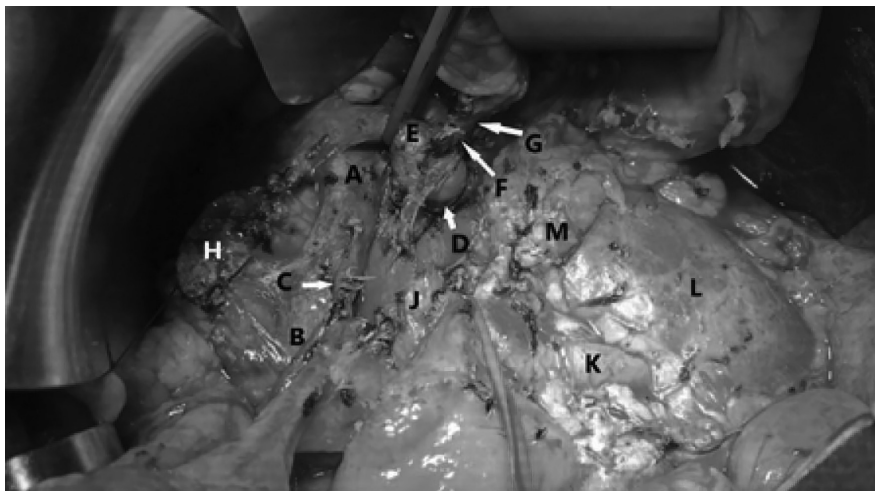


Hình 1. Hình ảnh chụp CLVT của bệnh nhân N.T.V (hình tam giác: khối u, mũi tên: dạ dày, hình thoi: ĐM lách)

Thăm dò trong mổ: Ổ bụng không có dịch; phúc mạc nhẵn không có nhân di căn; các hạch cổng gan- thân tạng- dọc ĐM lách không to, mềm mại. Khối u lớn chiếm gần toàn bộ vùng thân đuôi tụy, sát eo tụy, kích thước 10x8 cm, mật độ chắc, di động ít, xâm lấn mạc treo đại tràng góc lách tới hệ mạch viền đại tràng, u thâm nhiễm bờ trái ĐM mạc treo tràng trên, xâm lấn cân Gerota mặt trước thận trái. Khối u dính sát góc Treitz đã xâm lấn thanh mạc hồng tràng. Vùng đầu tụy mềm mại, không có khối. Chẩn đoán trong mổ: ung thư thân đuôi tụy xâm lấn mạc treo đại tràng góc lách.

Thời gian mổ là 260 phút, lượng máu mất trong mổ khoảng 100ml. Hậu phẫu ổn định. Bệnh nhân có trung tiện sau 3 ngày, rút dẫn lưu

ổ bụng sau 4 ngày. Không có biến chứng chảy máu, áp xe tồn dư sau mổ. Xét nghiệm Amylase ngày thứ 3 sau mổ < 200 UI/L, không có biến chứng rò tụy. Bệnh nhân được ra viện sau 10 ngày theo dõi. Kết quả giải phẫu bệnh u ranh giới không rõ, xâm lấn tổ chức xơ mỡ quanh đuôi tụy, tính chất trắng mềm xen kẽ tổ chức hoại tử vàng nhạt. Về mặt vi thể, u cấu trúc là đám đặc và ổ. Tế bào u đa diện, nhân lớn, tăng sắc, một số vùng biệt hóa dạng Sarcomatoid. U xâm nhập bạch huyết, xâm lấn tổ chức mô mỡ quanh tụy. 12 hạch bạch huyết không u. Diện cắt tụy không có ung thư. Kết luận: ung thư biểu mô kém biệt hóa, xâm nhập mạch bạch huyết, xâm lấn tổ chức xơ mỡ quanh tụy, pT3N0.



Hình 2. Các mốc giải phẫu sau mổ (BN N.T.V)

(A - TM cửa, B - TM mạc treo tràng trên, C - Gốc (phần còn lại) TM lách, D - ĐM thân tạng, E - ĐM gan chung, F - gốc (phần còn lại) ĐM lách, G - phần còn lại ĐM vị trái, H - Mỏm tụy sau cắt, J - ĐM mạc treo tràng trên, K - TM thận, L - thận trái, M - tuyến thượng thận trái)

2.2. Trường hợp thứ hai

Bệnh nhân N.T.T, nữ, 81 tuổi, địa chỉ ở Hà Nội. Khai thác chưa có tiền sử gì đặc biệt, vào viện vì đau bụng vùng thượng vị. Khám lâm sàng: bệnh nhân tỉnh táo, thể trạng gầy (cân nặng 44 kg, chiều cao 150 cm, BMI 19,5), toàn trạng ổn định.

Phim cắt lớp vi tính (Hình 3) cho thấy hình

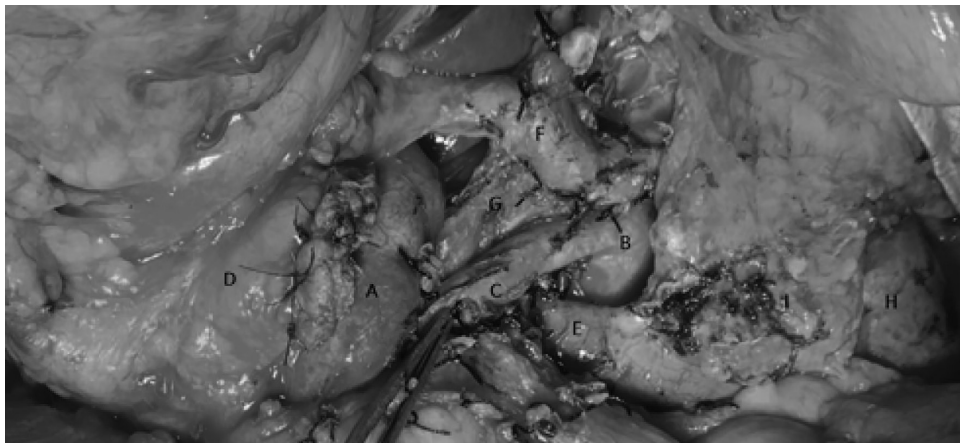
ảnh khối u đuôi tụy kích thước 20x30 mm, ngấm thuốc kém, ranh giới không rõ, bờ không đều. Xung quanh có vài hạch nhỏ 5-7 mm. Không thấy dấu hiệu xâm lấn ĐM và TM lách. Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu trước mổ bình thường. Kết quả nội soi dạ dày có loét hành tá tràng, không có khối đờ đầy và đại tràng bình thường. Xét nghiệm chất chỉ điểm u CA19-9 467,7 U/ml.



Hình 3. Hình ảnh chụp CLVT của bệnh nhân N.T.T

Phẫu thuật được tiến hành ngày 20/01/2021. Thăm dò trong ổ bụng không có dịch; phúc mạc nhẵn. Khối u thân tụy 3,5 cm xâm lấn mạc treo đại tràng, TM mạc treo tràng dưới. Vùng đầu tụy mềm mại, không có khối.

Thời gian mổ là 195 phút, lượng máu mất trong mổ khoảng <50ml. Hậu phẫu ổn định. Không có biến chứng chảy máu, áp xe tồn dư sau mổ. Xét nghiệm Amylase ngày thứ 3 sau mổ có rò tụy sinh lý (amylase dịch là 3499 UI/L) tuy nhiên còn 34 UI/L ngày thứ 6 và không phải can thiệp gì. Bệnh nhân ổn định, ra viện sau 10 ngày và không có biến chứng. Kết quả giải phẫu bệnh u kích thước 2x3 cm ranh giới không rõ, chưa phá vỡ vỏ bao tụy, tính chất xám hồng. Về mặt vi thể, u có nhân lớn kiểm tính cấu trúc là đám đặc và ổ. U xâm lấn mô liên kết xơ mỡ quanh tụy, xâm nhập thần kinh, 12 hạch bạch huyết nạo vét được không u. Diện cắt tụy không có ung thư. Kết luận: ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, xâm nhập thần kinh và mô liên kết xơ mỡ quanh tụy.



Hình 4. Các mốc giải phẫu sau mổ (BN N.T.T)

(A: Thận phải, B: ĐM chủ, C: ĐM mạc treo tràng trên, D: Đầu tụy (đã cắt), E: TM thận trái, F: ĐM thân tạng, G: Mạc treo tụy, H: Thận trái, I: Tuyến thượng thận trái)

Cả hai bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy, nạo vét hạch theo các bước kỹ thuật sau đây:

Bước 1: Tách mạc nối lớn khỏi mạc treo đại tràng ngang, hạ đại tràng góc lách. Phẫu tích bộc lộ TM mạc treo tràng trên dưới eo tụy, lấy hạch 14v, tách eo tụy khỏi đoạn TM này nằm ở phía sau. Tách tá tràng vị trí góc Treitz ra khỏi u, khâu lại thành cơ đoạn hồng tràng vùng nay,

cắt mạc treo đại tràng, tách khối u ra khỏi đại tràng góc lách.

Bước 2: Làm nghiệm pháp Kocher di động tá tràng đầu tụy, vét hạch nhóm 7,8,9,11p,12,13 thành một khối. Bộc lộ ĐM vị trái, gan chung và lách, thắt ĐM lách sát gốc. Bộc lộ TM mạc treo tràng trên bờ trên tụy, dưới ĐM gan chung và phía bên trái ĐM vị tá tràng.

Bước 3: Khâu treo và cắt đôi eo tụy, tìm và khâu ống Wirsung chỉ Prolen 5/0 mũi chữ X, khâu lại eo tụy các mũi chữ U bằng chỉ Prolen 4/0. Bộc lộ TM lách ở hợp lưu lách- mạc treo tràng, thắt TM lách tận gốc.

Bước 4: Luồn lách TM mạc treo tràng trên, tìm ĐM mạc treo tràng trên ở phía bên trái của TM này. Phẫu tích dọc theo ĐM mạc treo tràng trên từ bờ sau trên của góc Treitz đi lên tới gốc chỗ xuất phát từ ĐM chủ, lấy hết mạc treo tụy trái để lộ rõ bờ trên và bờ trái ĐM mạc treo tràng trên cùng ĐM thân tạng, lấy tổ chức bờ trên trái của ĐM chủ.

Bước 5: Luồn lách TM thận trái đi ngay dưới ĐM mạc treo tràng trên, đi dọc theo TM từ gốc cho đến rốn thận, đây là giới hạn dưới của diện cắt. Tiếp tục phẫu tích lên phía trên lấy hết tổ chức mỡ trước thận đến bờ ngoài và cực trên thận trái.

Bước 6: Cắt dây chằng thận- lách và dây chằng hoành- lách giải phóng lách cùng với thân phình vị dạ dày. Cắt dây chằng vị- lách cùng vài nhánh vị ngắn, lấy bỏ khối thân đuôi tụy và lách ra ngoài.

3. TỔNG QUAN VÀ BÀN LUẬN

3.1. Lịch sử và quy trình kỹ thuật RAMPS

Ung thư thân và đuôi tụy vẫn được coi là nhóm có tiên lượng kém so với các ung thư đường tiêu hóa khác. Nguyên nhân được lý giải là do triệu chứng không điển hình, bệnh nhân đến khi đã sang giai đoạn tiến triển hoặc giai đoạn muộn. Ngay cả khi bệnh nhân ở giai đoạn có thể phẫu thuật, tỉ lệ phẫu thuật triệt căn cũng không quá cao. Các phẫu thuật viên luôn phải tìm hiểu và nghiên cứu nhằm cải thiện khả năng triệt căn của can thiệp ngoại khoa. Phẫu thuật cắt thân đuôi tụy được đề xuất lần đầu tiên bởi trung tâm Mayo Clinic vào năm 1913 để điều trị các khối u thân và đuôi tụy và cho đến nay vẫn được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, tỉ lệ sống thêm sau 5 năm vẫn còn thấp (6-30%),

thời gian sống thêm trung bình là 1-28 tháng [7]. Nguyên nhân được lý giải là do bệnh nhân đến khám khi đã ở giai đoạn muộn, tỉ lệ diện cắt R0 còn thấp (77-87%) và tỉ lệ di căn hạch nhiều... [8],[9],[10]. Vì vậy, điều quan trọng nhất về mặt phẫu thuật là cần cắt bỏ khối u cùng nạo vét hạch rộng rãi, đảm bảo diện cắt âm tính.

Năm 2003, tác giả Strasberg lần đầu tiên công bố kĩ thuật RAMPS. Dựa trên đặc điểm di căn hạch, RAMPS được phát triển dựa trên kĩ thuật cắt thân đuôi tụy tiêu chuẩn, với những thay đổi về mặt kĩ thuật để vét hạch và phẫu tích mặt sau, đảm bảo diện cắt âm tính và kiểm soát chảy máu. Trong kỹ thuật này Strasberg thực hiện vét các nhóm hạch N1 (bao gồm hạch vùng rốn lách, hạch vị lách, hạch bờ dưới tụy và hạch vị tá tràng và nhóm N2 (hạch gốc ĐM thân tạng và ĐM mạc treo tràng trên). Kết quả của kỹ thuật này được thực hiện và đánh giá trên 10 bệnh nhân, kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 9 BN đạt R0 (chiếm 90%). Chúng tôi tóm tắt dưới đây các bước phẫu thuật được tác giả mô tả:

- *Bước 1:* Rạch da dưới sườn trái mở rộng sang bên phải hoặc đường giữa nếu bệnh nhân gầy.

- *Bước 2:* Cắt eo tụy. Bước này bắt đầu bằng bóc mạc nối lớn khỏi đại tràng, thắt các nhánh mạch vị ngắn sát phía dạ dày. Bộc lộ TM mạc treo tràng trên dưới eo tụy, tách eo tụy khỏi TM này. Cắt mạc nối nhỏ, thắt ĐM vị phải, đi dọc theo ĐM gan riêng đến ĐM gan chung và ĐM vị tá tràng, vét hạch dọc bờ trái ĐM gan riêng và TM cửa. Bộc lộ mặt trước TM cửa bằng cách vén ĐM vị tá tràng sang phải, tách eo tụy khỏi TM cửa ở phía bờ trên, tạo đường hầm phía sau eo tụy. Chia đôi phần cổ tụy, khâu ống tụy mũi chữ X. Phần tụy còn lại khâu bằng mũi chữ X 2/0.

- *Bước 3:* Nạo vét hạch thân tạng- cuống gan, trong thì này có thể thắt ĐM vị trái giúp thực hiện việc vét hạch dễ dàng hơn nếu bệnh nhân béo, thắt TM vị trái. Tiếp tục lấy hạch dọc

ĐM gan đi dọc xuống phía dưới và bên trái, mở phúc mạc ngang phía đáy của củ đuôi, lấy toàn bộ tổ chức mỡ và hạch ở quanh thân tạng. Bộc lộ và thắt tận gốc ĐM lách.

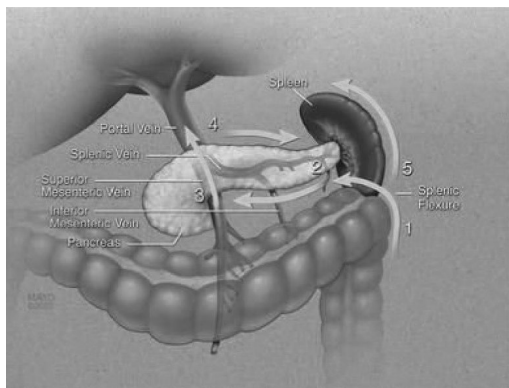
- **Bước 4:** Xác định diện cắt phía bên trái, và mặt sau. Đối với mặt sau có 2 lựa chọn là có thể đi trước hoặc sau tuyến thượng thận trái.

o Phía bên trái cần lấy hết tổ chức liên kết, đi dọc theo bờ trái của ĐM mạc treo tràng trên cho đến gốc của nó ở ĐM chủ bụng, cần lấy bỏ hạch nằm trước ĐM chủ giữa ĐM mạc treo tràng trên và ĐM thân tạng. Bờ trái của giới hạn cắt cần nhìn rõ gốc của ĐM thân tạng và ĐM mạc treo tràng trên xuất phát từ ĐM chủ.

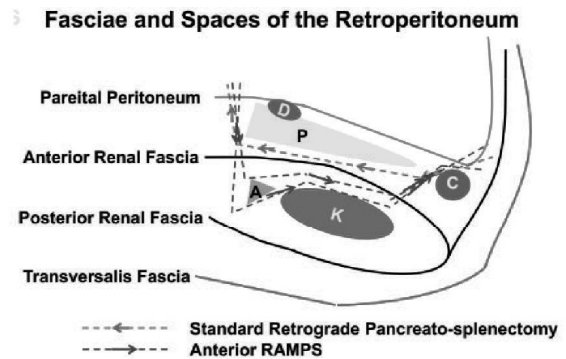
o Đi trước tuyến thượng thận: từ giới hạn bên trái phẫu tích về hướng bên trái, lấy TM tuyến thượng thận trái làm giới hạn dưới của diện cắt, dựa theo mốc này đi phía trước TM tuyến thượng thận trái, tiếp tục phẫu tích về phía trái lấy bỏ cân Gerota và lớp mỡ quanh phía trước thận.

o Đi sau tuyến thượng thận thận trái: từ mốc bờ trước của ĐM chủ tiếp tục phẫu tích bờ trái ĐM chủ cho đến cơ hoành, tìm ĐM thận ở phía dưới. Thắt TM thượng thận trái, lấy bỏ tuyến thượng thận trái và tổ chức cơ mỡ sau phúc mạc cho đến chân cơ hoành rồi tiếp tục phẫu tích sang trái lấy bỏ cân Gerota và mỡ quanh thận nửa phía trước thận.

So với nguyên bản của kỹ thuật được mô tả trên phẫu thuật của chúng tôi đảm bảo hết các nguyên tắc cơ bản bao gồm việc nạo vét hạch và các giới hạn của phẫu tích. Có một vài điểm khác trong kỹ thuật của chúng tôi, thứ nhất chúng tôi thực hiện động tác Kocher để thực hiện vét hạch cuống gan một cách dễ dàng hơn, thứ 2 để xác định giới hạn dưới của phẫu tích chúng tôi bóc lộ TM thận trái và đi dọc theo TM này đến rốn thận, TM tuyến thượng thận trái sẽ được xác định khi phẫu tích dọc theo TM thận trái.



a



b

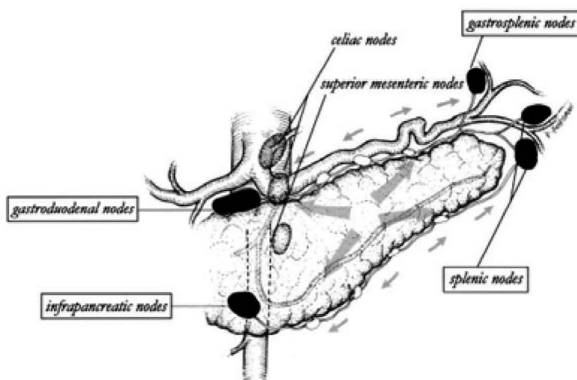
Hình 5. Phẫu thuật RAMPS

(Hình a: Quy trình phẫu thuật RAMPS, Hình b: Diện cắt trong phẫu thuật RAMPS (đường màu xanh))

Theo tác giả O'Morchoe [11], hệ thống hạch lympho của thân và đuôi tụy được chia làm 4 phần đều nhau (Hình 6), chúng đi dọc theo bờ trên hoặc bờ dưới của thân và đuôi tụy. Mạch bạch huyết đi dọc bờ trên và dưới của nửa trái thân và đuôi tụy dẫn lưu về hạch

rốn lách hoặc hạch vị lách, còn nửa phải thân tụy dẫn lưu về hạch vị tá tràng và hạch bờ dưới tụy, gọi là vòng bạch huyết. Nhóm hạch lớn thứ 2 nằm ở trước ĐM chủ, và tiếp xúc với ĐM thân tạng và ĐM MTTT. Với ung thư thân đuôi tụy tiêu chuẩn, nhóm nghiên cứu quốc tế

về phẫu thuật tụy (ISGPS) chỉ khuyến cáo vét hạch nhóm 10 (rốn lách), 11p, 11d (ĐM lách), 18 (bờ dưới thân đuôi tụy) [12]. Nhóm 9 chỉ nên được nạo vét nếu khối u xâm lấn vào phần thân tụy. Theo tác giả Kanda, nạo vét hạch nhóm 8, nhóm 14 và nhóm quanh ĐM chủ (nhóm 16) không cải thiện thời gian sống thêm của bệnh nhân [13]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này được thực hiện dựa trên kĩ thuật cắt thân đuôi tụy tiêu chuẩn mà chưa có một nghiên cứu nào về vai trò của việc nạo vét các nhóm hạch dựa trên kĩ thuật RAMPS. Để thực hiện được kĩ thuật RAMPS theo đúng tiêu chuẩn thì việc vét hạch rộng rãi là một bước bắt buộc không chỉ là vấn đề đảm bảo nguyên tắc về ung thư học mà còn giúp bộc lộ các mốc giải phẫu trong quá trình phẫu thuật. Phẫu thuật của chúng tôi cũng thực hiện vét hạch rộng rãi bao gồm các nhóm hạch cuống gan (nhóm 8, 12); hạch thân tạng (nhóm 9); hạch dọc ĐM lách (nhóm 11p), hạch dọc ĐM và TM mạc treo tràng trên (nhóm 14a, 14v) các hạch nhóm 10 và 11d được lấy theo cùng bệnh phẩm.



Hình 6. Chặng hạch trong ung thư thân đuôi tụy

3.2. Kết quả của RAMPS

Về độ an toàn của phẫu thuật, một phân tích gộp của Zhou và cộng sự [14] dựa trên 5 thử nghiệm lâm sàng RCT so sánh 2 nhóm (nhóm 1: RAMPS và nhóm 2: tiêu chuẩn) cho thấy mặc dù RAMPS là phẫu thuật phức tạp hơn và khó thực hiện hơn (yêu cầu phẫu tích

khoang sau phúc mạc, kiểm soát mạch và nạo vét hạch chi tiết), tuy nhiên không có sự khác nhau về tỉ lệ biến chứng sau mổ như chảy máu, rò tụy... Thời gian nằm viện ở giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (13.5 so với 15 ngày, $p > 0,05$). Ưu điểm của cắt thân đuôi tụy chỉ là thời gian mổ ngắn hơn và lượng máu truyền thấp hơn, tuy vậy điều này có thể được cải thiện khi quy trình phẫu thuật được cải tiến và được thực hiện thường quy. Mặc dù đây là lần đầu tiên chúng tôi thực hiện kĩ thuật RAMPS một cách quy chuẩn tuy vậy phẫu thuật diễn ra rất thuận lợi, không có biến chứng nào trong mổ, số lượng máu mất rất ít (100 ml), thời gian mổ không quá lâu (260 phút), không phải truyền máu trong mổ. Thời gian hồi phục sau mổ của bệnh nhân cũng rất tốt, ra viện sau chỉ 10 ngày kể từ khi phẫu thuật. Phương pháp này cũng có những nhược điểm nhất định, đáng kể nhất là yêu cầu trình độ phẫu thuật viên cao do phải tiếp cận vào vùng có nhiều mạch máu.

Về khả năng vét hạch, mức độ triệt căn và thời gian sống thêm: một số nghiên cứu về RAMPS cho thấy số lượng hạch nạo vét được trong kỹ thuật này cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tiêu chuẩn (trung bình 12 hạch ở nhóm thực hiện RAMPS so với 4 hạch ở nhóm tiêu chuẩn), 91% bệnh nhân có diện cắt âm tính và tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 26-37% [15], [16], [17]. Nghiên cứu Zhou và cộng sự cũng cho thấy số hạch nạo vét được và tỉ lệ diện cắt R0 ở nhóm RAMPS cao hơn so với nhóm tiêu chuẩn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [14]. Điều này được giải thích là do khả năng phẫu tích rộng rãi cấu trúc ở khoang sau phúc mạc, tách biệt được mô liên kết thần kinh ở đuôi tụy, lách khỏi cấu trúc như TM thận, bao thận, tuyến thượng thận. Điều quan trọng nhất là nghiên cứu này đã chỉ ra được RAMPS cải thiện thời gian sống thêm ở bệnh nhân sau 1 năm (RR = 1,2, 95% CI: 1,02-1,41, $p = 0,02$). Tuy nhiên, vẫn chưa có thử nghiệm lâm sàng so

sánh tiên lượng sống sau 3 năm và 5 năm giữa 2 nhóm này. Phẫu thuật của chúng tôi cũng vét được 12 hạch trong phẫu thuật của mình, bằng với số hạch trung bình trong các nghiên cứu trên. Mặc dù trong trường hợp 1, khối u lớn và đã thâm nhiễm ĐM mạc treo đại tràng cùng với cân Gerota của thận nhưng với kĩ thuật RAMPS chúng tôi cũng đã thực hiện phẫu thuật đạt R0 với tất cả các diện cắt đều không còn tế bào ung thư.

4. KẾT LUẬN

Qua hai trường hợp của chúng tôi và điểm lại y văn cũng như đánh giá trên phương diện ung thư học, kĩ thuật RAMPS ưu việt hơn so với các phương pháp cắt thân đuôi tụy truyền thống. Chúng tôi thấy rằng kĩ thuật này an toàn và có thể được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật tại Việt Nam. Các nghiên cứu cần được tiếp tục tiến hành nhằm đánh giá về các nhóm hạch cần nạo vét và thời gian sống thêm sau 5 năm để khẳng định vai trò và đưa ra khuyến cáo chung trong phẫu thuật ung thư thân và đuôi tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 2021.
- Aly MY, Tsutsumi K, Nakamura M, et al. Comparative study of laparoscopic and open distal pancreatectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2010; 20(5):435-40.
- Phạm Thị Minh Đức. "Tuyến tụy nội tiết". *Nhà xuất bản Y học*, 2007.
- Hà Văn Mạo. "U tụy". *Nhà xuất bản Y học*, 2003.
- Yokoyama Y, Nimura Y, Nagino M. Advances in the treatment of pancreatic cancer: limitations of surgery and evaluation of new therapeutic strategies. *Surgery today*, 2009; 39:466-75.
- Phạm Thị Hoàng Anh, Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Bồ Đức và cộng sự. Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000. *Tạp chí Thông tin Y Dược*, 2001; 2:19-26.
- Cao F, Li J, Li A, et al. Radical antegrade modular pancreatectomy versus standard procedure in the treatment of left-sided pancreatic cancer: A systemic review and meta-analysis. *BMC Surg*, 2017; 17:67-.
- Bauman MD, Becerra DG, Kilbane EM, et al. Laparoscopic distal pancreatectomy for pancreatic cancer is safe and effective. *Surgical endoscopy*, 2018; 32:53-61.
- Abe T, Ohuchida K, Miyasaka Y, et al. Comparison of Surgical Outcomes Between Radical Antegrade Modular Pancreatectomy (RAMPS) and Standard Retrograde Pancreatectomy (SPRS) for Left-Sided Pancreatic Cancer. *World journal of surgery*, 2016; 40:2267-75.
- Fujita T, Nakagohri T, Gotohda N, et al. Evaluation of the prognostic factors and significance of lymph node status in invasive ductal carcinoma of the body or tail of the pancreas. *Pancreas*, 2010; 39:e48-54.
- O'Morchoe CC. Lymphatic system of the pancreas. *Microscopy research and technique*, 1997; 37:456-77.
- Tol JA, Gouma DJ, Bassi C, et al. Definition of a standard lymphadenectomy in surgery for pancreatic ductal adenocarcinoma: a consensus statement by the International Study Group on Pancreatic Surgery (ISGPS). *Surgery*, 2014; 156:591-600.

13. Kanda M, Fujii T, Nagai S, et al. Pattern of lymph node metastasis spread in pancreatic cancer. *Pancreas*, 2011; 40:951-5.
14. Zhou Q, Fengwei G, Gong J, et al. Assessment of postoperative long-term survival quality and complications associated with radical antegrade modular pancreatectomy and distal pancreatectomy: a meta-analysis and systematic review. *BMC Surg*, 2019; 19:12.
15. Trottman P, Swett K, Shen P, et al. Comparison of standard distal pancreatectomy and splenectomy with radical antegrade modular pancreatectomy. *The American surgeon*, 2014; 80:295-300.
16. Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. Radical antegrade modular pancreatectomy procedure for adenocarcinoma of the body and tail of the pancreas: ability to obtain negative tangential margins. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007; 204:244-9.
17. Zhou Y, Shi B, Wu L, et al. A systematic review of radical antegrade modular pancreatectomy for adenocarcinoma of the body and tail of the pancreas. *HPB (Oxford)*, 2017; 19:10-5.

ABSTRACT

RADICAL ANTEGRADE MODULAR PANCREATOSPLENECTOMY: CASE REPORTS AND LITERATURE REVIEW

Pancreatic cancer is among the most malignant type of gastrointestinal cancer. Surgery is considered the only radical method in pancreatic cancer in general and pancreatic cancer of the body and tail in particular. Radical antegrade modular pancreatectomy (RAMPS) is a new technique with advantages in dissecting lymph nodes and tumors compared to conventional distal pancreatectomy. We would like to report two cases of pancreatic cancer of the body and tail undergoing RAMPS procedures. In general, this is a safe and effective method that should be further studied and applied in clinical practice to improve lymph node dissection and overall survival for patients with body/tail pancreatic cancer.

Keywords: *RAMPS, pancreatic cancer*