

KẾT QUẢ SỚM CỦA 65 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT KHỐI TÁ TUYỆT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH BÓNG VATER

Phạm Minh Hải^{1}, Vũ Quang Hưng^{1,2}, Phạm Long Bình¹, Lê Quan Anh Tuấn^{1,2}, Trần Thái Ngọc Huy¹, Nguyễn Hàng Đăng Khoa¹, Dương Thị Ngọc Sang¹, Trần Văn Toàn¹, Phan Minh Trí², Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}*

1. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*Email: hai.pm@umc.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater là một phẫu thuật phức tạp, với tỉ lệ tai biến, biến chứng còn cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật trên tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca trên 65 trường hợp bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy do ung thư quanh bóng Vater từ tháng 02 năm 2017 đến tháng 01 năm 2022 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Có 65 trường hợp được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy do ung thư quanh bóng Vater. Thời gian mổ trung bình là 509 ± 94 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 267 ± 102 ml. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 8 ngày. Tỉ lệ biến chứng lớn (Clavien-Dindo \geq III) sau mổ và tỉ lệ rò tụy sau mổ lần lượt là 13,8% và 12,3%. Chỉ số biến chứng cộng dồn toàn bộ (CCI) trung bình 8,7. Có 3 trường hợp phải mổ lại do rò tụy và chảy máu sau mổ. Không có trường hợp nào tử vong trong 90 ngày sau mổ. Số hạch nạo được là $15,8 \pm 6,2$. Tất cả các trường hợp phẫu thuật đều đạt được diện cắt R0. **Kết luận:** Với những bệnh nhân phù hợp, phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater là khả thi, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Ung thư quanh bóng Vater, phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy, rò tụy.

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES OF TOTALLY LAPAROSCOPIC PANCREATODUODENECTOMY FOR PERIAMPULLARY CANCER: A RETROSPECTIVE STUDY OF 65 CASES

Phạm Minh Hải¹, Vũ Quang Hưng^{1,2}, Phạm Long Bình¹, Lê Quan Anh Tuấn^{1,2}, Trần Thái Ngọc Huy¹, Nguyễn Hàng Đăng Khoa¹, Dương Thị Ngọc Sang¹, Trần Văn Toàn¹, Phan Minh Trí², Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}

1. University Medical Center at Ho Chi Minh City

2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Background: Laparoscopic pancreaticoduodenectomy for periampullary carcinoma remains a difficult procedure with high morbidity rate. **Objectives:** To estimate the feasibility, safety and effectiveness of this procedure performed in University Medical Center at Ho Chi Minh city, Vietnam. **Material and methods:** a retrospective study, case series report on 65 patients indicated for laparoscopic pancreaticoduodenectomy due to periampullary cancer of Vater, from February 2017 to January 2022 at University Medical Center at Ho Chi Minh city. **Results:** there were 65 patients underwent laparoscopic pancreaticoduodenectomy for periampullary carcinoma in University Medical Center. The mean operating time was 509 ± 94 minutes. The estimated blood loss was 267 ± 102 ml. The median hospital stay was 8 days. Major complications (Clavien-Dindo \geq III) and pancreatic fistula rates were 13.8% and 12.3%, respectively. The median comprehensive

complication index (overall complication) was 8.7. Three patients required reoperation due to severe pancreatic fistula and bleeding. There was no death within 90 days postoperatively. The number of harvested lymph nodes was 15.8 ± 6.2 . R0 resection achieved in 100% of cases.
Conclusions: *In appropriate patients, laparoscopic pancreaticoduodenectomy could be a feasible, safe and effective procedure for periampullary carcinoma treatment.*

Keywords: *Periampullary carcinoma, pancreaticoduodenectomy, pancreatic fistula.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vào năm 1898, Halsted đã đưa ra định nghĩa vùng quanh bóng Vater bao gồm: ung thư đầu tụy, ung thư bóng Vater, ung thư đoạn cuối ống mật chủ và ung thư tá đoạn thứ 2 (tá tràng D2). Can thiệp ngoại khoa là phương pháp điều trị chính của ung thư quanh bóng Vater. Ở giai đoạn còn cắt bỏ được, phẫu thuật cắt khối tá tụy được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị [1].

Báo cáo của Palanivelu và nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới khác cho thấy phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy mang lại nhiều lợi ích như: giảm tỉ lệ truyền máu, giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, rút ngắn thời gian nằm viện. Hơn nữa, sự an toàn và hiệu quả điều trị về mặt ung thư của phẫu thuật nội soi không kém hơn so với phẫu thuật mở cắt khối tá tụy [2]. Tuy nhiên, đây vẫn còn là một phẫu thuật khó, thời gian mổ còn dài.

Ở nước ta, phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy đã được phát triển và thực hiện rộng rãi hơn trong cả nước [3],[4],[5]. Tuy nhiên, còn ít báo cáo về kết quả của phẫu thuật này trong nước. Một số báo cáo chỉ thực hiện phẫu thuật nội soi hỗ trợ và chưa có báo cáo nào về phẫu thuật nội soi hoàn toàn. Vì thế, việc tiếp tục nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater ở Việt Nam là cần thiết. Do đó, đề tài được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật trên tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

II. ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy do ung thư quanh bóng Vater.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Được chẩn đoán là u quanh bóng Vater
+ Không có hình ảnh xâm lấn các mạch máu lớn quanh đầu tụy như: bó mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa, động mạch thân tạng, động mạch gan chung, động mạch gan riêng và tĩnh mạch chủ dưới.

+ Phân loại theo ASA từ I đến III

+ Phân loại nguy cơ biến chứng tim mạch từ I đến III

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Người bệnh từ chối phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy.

+ Người bệnh đã mổ cắt thân đuôi tụy.

+ Có sự xâm lấn các mạch máu lớn quanh đầu tụy khi nội soi ổ bụng chẩn đoán.

+ Kết quả giải phẫu bệnh không phải là ung thư quanh bóng Vater.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt ca.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Toàn bộ các ca thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ. Có tổng 65 ca bệnh được mô tả trong nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu**

Hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Các thông tin được thu thập bao gồm:

+ Các biến số độc lập: đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (tuổi, giới, bệnh kèm, tiền căn phẫu thuật vùng bụng); đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (ASA, hình ảnh học của u trên CT-scan).

+ Các biến số phụ thuộc: thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, biến chứng chung, biến chứng lớn, chỉ số biến chứng cộng dồn toàn bộ (CCI).

- **Định nghĩa các biến số nghiên cứu**

+ Phân loại ASA: đây là bảng phân loại tình trạng thể chất của Hội gây mê Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologists-ASA). Bảng này gồm 6 mức độ (I – VI) với sự tiên lượng nguy cơ xảy ra biến chứng xung quanh thời kỳ phẫu thuật theo thứ tự tăng dần. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ chọn những đối tượng có phân loại ASA không quá III.

+ Biến chứng chung: là biến số dùng chung cho các biến chứng và không cần phân biệt là loại biến chứng gì. Mức độ nặng của biến chứng chung dựa trên bảng phân loại Clavien-Dindo cải biên năm 2004. Theo đó, mức độ nặng tăng dần từ I – V [6].

+ Chỉ số biến chứng cộng dồn toàn bộ: mỗi biến chứng phân loại theo Clavien-Dindo sẽ được qui ra 1 chỉ số. Giá trị nhỏ nhất tương ứng với Clavien-Dindo I. Phân loại cao hơn thì giá trị của chỉ số này sẽ tăng lên. Trong khoảng thời gian theo dõi, người bệnh có bao nhiêu biến chứng sẽ được cộng dồn tất cả lại thành 1 chỉ số tổng. Chỉ số này chính là biến số: chỉ số biến chứng cộng dồn toàn bộ (Comprehensive complication index – CCI) [6].

+ Biến chứng lớn: là biến chứng có phân độ từ mức III trở lên theo Clavien-Dindo. Biến chứng lớn có thể là các biến chứng chuyên biệt của phẫu thuật cắt khối tá tụy như rò tụy, chảy máu muộn sau mổ, chậm lành vết mổ nhưng cũng có thể là biến chứng không chuyên biệt, có thể gặp ở bất kỳ cuộc mổ nào như nhồi máu cơ tim, xì miệng nối tiêu hoá,...

- **Phương pháp thống kê**

Số liệu được thu thập và xử lý bằng các phần mềm EpiData 3.1, SPSS Statistics 26.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, so sánh các số trung bình bằng phép kiểm T-student. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ, so sánh các tỉ lệ bằng phép kiểm Chi bình phương. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

- **Y đức của nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Biến số	N = 65
Tuổi	58,9 ± 8,9
Giới nữ	33 (50,8%)
BMI, kg/m ²	21,7 ± 2,5

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 59/2023

Biến số	N = 65
Phân loại ASA	
I	13 (20%)
II	37 (56,9%)
III	15 (23,1%)
Dẫn lưu mật trước mổ	
Nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent ERCP	11 (16,9%)
Dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da PTBD	24 (36,9%)
Áp dụng ERAS	42 (64,6%)
Bệnh đi kèm	39 (60%)
Đái tháo đường	18 (27,7%)
Viêm tụy mạn	1 (1,5%)
Viêm tụy cấp	1 (1,5%)
Bệnh lý tim mạch	19 (29,2%)
Tiền căn phẫu thuật vùng bụng	
Phẫu thuật bụng trên	2 (3,1%)
Phẫu thuật bụng dưới	5 (7,7%)
Vị trí ung thư	
U bóng Vater	38 (58,5%)
U đầu tụy	15 (23,1%)
U đoạn cuối ống mật chủ	9 (13,8%)
Tá tràng D2	3 (4,6%)
Kích thước u (mm)	20 (18-30)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là: 58.9 ± 8.9 , trong đó giới nữ chiếm 50.8%. Phần lớn các bệnh nhân có bệnh đi kèm (60%), do đó tỉ lệ ASAII và ASA III chiếm đến 80%.

3.2. Kết quả trong mổ

Bảng 2. Các kết quả trong mổ phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy

Biến số	N = 65
Thời gian mổ trung bình (phút)	509 ± 94
Lượng máu mất trong mổ (ml)	267 ± 102
Truyền máu trong mổ	0
Biến thể mạch máu	12 (18,5%)
Biến thể động mạch gan chung	11 (17%)
Biến thể động mạch vị tá	1 (1,5%)
Nội vị tràng có bảo tồn môn vị	42 (64,6%)
Kiểu nối tụy	
Nối ống tụy – niêm mạc	62 (95,4%)
Trùm mỏm tụy vào lòng ruột	3 (4,6%)
Có stent trong	55 (85,9%)
Kiểu nối mật	
Mũi khâu liên tục	65 (100%)
Số hạch nạo được	$15,8 \pm 6.2$
Cắt lạnh trong mổ	44 (68,8%)
Rìa diện cắt không có tế bào ác tính	65 (100%)

Nhận xét: Thời gian mô trung bình là 509 ± 94 phút, lượng máu mất trung bình 267 ± 102 ml, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Chúng tôi thực hiện 100% các miệng nối tụy qua nội soi, kiểu nối phổ biến nhất là nối ống tụy – niêm mạc (95.4%).

3.3. Kết quả sớm sau mổ

Trong thời gian theo dõi 90 ngày sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận kết quả sớm sau phẫu thuật được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy

Biến số	N = 65
Thời gian hậu phẫu (ngày)	8 (7 – 12)
Rò tụy	8 (12,3%)
Độ B	7 (10,8%)
Độ C	1 (1,5%)
Chảy máu sau mổ	3 (4,6%)
Độ A	1 (1,5%)
Độ B	2 (3,1%)
Rò mật	2 (3,1%)
Biến chứng chung sau mổ	22 (33,8%)
Biến chứng lớn (Clavien – Dindo \geq III)	9 (13,8%)
Chỉ số biến chứng cộng dồn toàn bộ (CCI)	8,7 (8,7 – 20,9%)
Mổ lại	3 (4,6%)
Nhập viện lại trong vòng 90 ngày	7 (10,8%)
Tử vong trong vòng 90 ngày	0%

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình chỉ 8 ngày, với tỉ lệ rò tụy 12,3%, rò mật 3,1%. Không trường hợp nào tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ. Tỉ lệ biến chứng lớn (Clavien Dindo \geq III) chiếm 13,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dân số nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn bệnh để có thể thực hiện phẫu thuật nội soi thành công

Mổ nội soi có thể thay thế cho mổ mở cắt khối tá tụy để điều trị ung thư quanh bóng Vater. Tuy nhiên, điều kiện là người bệnh phải thoả một số tiêu chuẩn nhất định [7]. Lựa chọn người bệnh phù hợp là rất quan trọng, nó có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Các chuyên gia về phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy khuyến cáo nên chọn những trường hợp u không xâm lấn mạch máu [8]. Chúng tôi chỉ phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy cho những trường hợp chưa có dấu hiệu xâm lấn mạch máu trên chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ.

Ngoài xâm lấn mạch máu, đa số các tác giả chọn những người bệnh có phân loại ASA từ I đến III, không có bệnh tim nặng và chỉ số khối cơ thể không vượt quá $26 - 29$ kg/m²[8].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng sử dụng tiêu chí ASA và nguy cơ biến chứng tim mạch chu phẫu tương tự khuyến cáo của các tác giả. Phần lớn các trường hợp có phân loại ASA tối đa là II, chỉ 24,3% (17 trường hợp) có phân loại III. Mặc dù có 20 trường hợp có bệnh có bệnh tim mạch đi kèm nhưng không có người bệnh nào có nguy cơ cao về khả năng

xây ra biến cố tim mạch chu phẫu. Tương tự các tác giả khác, chỉ số khối cơ thể trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,7% [8].

4.2. Về các đặc điểm trong mổ

Thời gian mổ và lượng máu mất trong mổ

Thời gian mổ kéo dài là một điều đáng ngại khi mổ nội soi, đặc biệt trong giai đoạn mới bắt đầu thực hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 509 ± 94 phút, với lượng máu mất trong mổ trung bình 267 ± 102 ml. Trong một báo cáo của tác giả Wang và cộng sự [9], có 31 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy có tiêu chuẩn chọn bệnh và đặc điểm nhân trắc cũng tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong báo cáo này, Wang [9] thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn 80% các trường hợp. Số còn lại, tác giả thực hiện phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Thời gian mổ trung bình và lượng máu mất ước tính trung bình trong nghiên cứu này tương đương với kết quả của chúng tôi, lần lượt là 515 phút và 260 ml.

Kỹ thuật thực hiện miệng nối tụy

Thực hiện miệng nối tụy là bước khó khăn và nguy cơ nhất của phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy. Rò tụy sau mổ tùy mức độ có thể gây nhiễm khuẩn ổ bụng, ăn mòn các mạch máu quan trọng gây chảy máu sau mổ, thậm chí có thể gây tử vong nếu không được xử trí kịp thời.

Điều này lý giải tại sao khi mới triển khai, một số tác giả chọn phương pháp phẫu thuật cắt khối tá tụy với nội soi hỗ trợ (thực hiện phẫu thuật nội soi cho thì phẫu tích và cắt, các miệng nối, đặc biệt là miệng nối tụy, thực hiện qua mổ mở). Kim và cộng sự [10] có 10% các trường hợp được phẫu thuật nội soi hỗ trợ trước khi phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy. Wang và cộng sự [9] cũng thực hiện nối tụy - hồng tràng qua đường mổ bụng nhỏ trong 20% các trường hợp.

Chúng tôi thực hiện miệng nối tụy hoàn toàn qua mổ nội soi (100%), sử dụng dẫn lưu trong qua miệng nối tụy một cách thường qui cho những trường hợp ống tụy có đường kính từ 2 – 5 mm. Một số báo cáo có thực hiện dẫn lưu trong như chúng tôi và kết quả cho thấy tỉ lệ rò tụy sau mổ ở mức thấp và chấp nhận được [10].

4.3. Kết quả sớm sau mổ

Về thời gian nằm viện sau mổ

Chúng tôi ghi nhận ngày nằm viện trung bình là 8 ngày (7 – 12 ngày). Kết quả này là tương đương với các trung tâm phẫu thuật nội soi lớn trên thế giới [11],[12],[13].

Trường hợp ra viện sớm nhất là vào ngày thứ 6 sau mổ. Có 2 trường hợp nằm viện sau mổ đến 30 và 40 ngày. Đây là 2 trường hợp rò tụy mức độ trung bình (mức B) và có chảy máu ổ bụng.

Biến chứng chung sau mổ

Theo số liệu của chúng tôi, biến chứng chung sau mổ xảy ra ở 22 trường hợp (33,8%). Trong đó biến chứng lớn (Clavien – Dindo từ III trở lên) là 9 trường hợp (13,8%). Trong nghiên cứu của Trần Quế Sơn và cộng sự [4],[5] công bố năm 2018, tỉ lệ biến chứng chung là 29,1% và biến chứng lớn là 9,1%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, tác giả chỉ cắt khối tá tụy cho các bệnh nhân ung thư bóng Vater [4],[5]. Số liệu của tác giả Phan Minh Trí [14] là 28% các trường hợp có biến chứng chung và hơn 10% các trường hợp có biến chứng lớn. Kết quả này không chênh lệch nhiều so với kết quả của chúng tôi.

Trong các báo cáo tổng quan hệ thống công bố gần đây trên thế giới, tỉ lệ biến chứng chung và biến chứng lớn giữa 2 nhóm mổ nội soi và mổ mở không khác biệt về mặt thống kê. Tỉ lệ biến chứng chung khi phân tích gộp dao động từ 36% đến 48% và biến chứng lớn khi phân tích gộp khoảng 29%. Tỉ lệ tử vong khi phân tích gộp dao động từ 2,2% đến 4,2% [11],[12],[13]. Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong. Đối chiếu số liệu trong và ngoài nước, chúng tôi cho rằng sự an toàn của phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy trong nghiên cứu của mình là chấp nhận được.

Biến chứng rò tụy

Rò tụy là biến chứng đáng ngại nhất trong phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy. Theo các tổng quan hệ thống và phân tích gộp công bố gần đây thì tỉ lệ rò tụy của phẫu thuật nội soi không khác biệt về mặt thống kê so với mổ mở cắt khối tá tụy. Số liệu của nhóm phẫu thuật nội soi dao động từ 17,5 đến 22,2% [11],[12],[13]. Số liệu này cao hơn số liệu của chúng tôi. Theo báo cáo của Chen và cộng sự [11], tỉ lệ chảy máu sau mổ là 8,8%. Các tác giả nhận thấy chảy máu sau mổ có liên quan đến rò tụy và là một trong những nguyên nhân gây tử vong. Liao [12] báo cáo 13,6% các trường hợp tử vong trong phân tích gộp là do chảy máu sau mổ. Chúng tôi có 2 trường hợp chảy máu liên quan đến rò tụy, chiếm 3,1%. So với số liệu của phân tích gộp thì kết quả của chúng tôi có thể chấp nhận được.

An toàn về mặt ung thư

Nói về hiệu quả điều trị ung thư, chúng tôi phẫu thuật nội soi thành công cho 65 trường hợp. Gần 50% trong số này là ung thư giai đoạn III, bao gồm cả IIIB. Cả 65 trường hợp này đều có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ đạt R0 ở các diện cắt, trong đó có sự đóng góp của cắt lạnh. Tỉ lệ hạch di căn là 46,2%. Điều này cho thấy: nếu ung thư còn cắt được triệt để thì phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy có thể thực hiện được một cách hiệu quả. Kết quả này cũng tương tự các tác giả khác [2],[12].

V. KẾT LUẬN

Với những bệnh nhân phù hợp, phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater là khả thi, an toàn và hiệu quả với kết quả hứa hẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamamoto, J. et al. An anatomical review of various superior mesenteric artery-first approaches during pancreatoduodenectomy for pancreatic cancer. *Surg Today*. 2021. 51(6), 872-879, doi: 10.1007/s00595-020-02150-z.
2. Croome, K. P. và các cộng sự. (2014), Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: oncologic advantages over open approaches?. *Ann Surg*. 2014. 260(4), 633-8, doi: 10.1097/SLA.0000000000000937.
3. Nguyễn Hoàng Bắc, Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013. 17(1), 88-93.
4. Trần Quế Sơn, Trần Hiếu Học, Trần Mạnh Hùng. Nhận xét kết quả cắt khối tá tụy có nội soi hỗ trợ với mổ mở trong điều trị khối u vùng bóng Vater tại bệnh viện Bạch Mai. *Nghiên Cứu Học*. 2018. 115(6), 158-168.
5. Trần Quế Sơn, Trần Hiếu Học, Trần Mạnh Hùng. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị u vùng bóng Vater. *Nghiên Cứu Học*. 2017. 109(4), 35-44.
6. Dindo, D., Demartines, N. và Clavien, P. A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004. 240(2), 205-13, doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.

7. Song, K. B., et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy for periampullary tumors: lessons learned from 500 consecutive patients in a single center. *Surg Endosc.* 2020. 34(3), 1343-1352, doi: 10.1007/s00464-019-06913-9.
8. Nagakawa, Y., et al. Learning curve and surgical factors influencing the surgical outcomes during the initial experience with laparoscopic pancreaticoduodenectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018. 25(11), 498-507, doi: 10.1002/jhbp.586.
9. Wang, Mingjun, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: single-surgeon experience, *Surgical Endoscopy.* 2015. 29(12), 3783-3794, doi: 10.1007/s00464-015-4154-5.
10. Kim, S. C., et al. Short-term clinical outcomes for 100 consecutive cases of laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy: improvement with surgical experience. *Surg Endosc.* 2013. 27(1), 95-103, doi: 10.1007/s00464-012-2427-9.
11. Chen, K., et al. Expanding laparoscopic pancreaticoduodenectomy to pancreatic-head and periampullary malignancy: major findings based on systematic review and meta-analysis. *BMC Gastroenterol.* 2018. 18(1), 102, doi: 10.1186/s12876-018-0830-y.
12. Liao, Chien-Hung, et al. Systemic Review of the Feasibility and Advantage of Minimally Invasive Pancreaticoduodenectomy. *World Journal of Surgery.* 2016. 40(5), 1218-1225, doi: 10.1007/s00268-016-3433-1.
13. Nickel, F., et al. Laparoscopic Versus Open Pancreaticoduodenectomy: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, *Ann Surg.* 2020. 271(1), 54-66, doi: 10.1097/SLA.0000000000003309.
14. Phan Minh Tri, Vo Truong Quoc. Risk factors of short-term complications after pancreaticoduodenectomy treated periampullary carcinomas. *MedPharmRes.* 2019. 3(3), 19-22, doi: 10.32895/UMP.MPR.3.3.4.

(Ngày nhận bài: 05/02/2023 - Ngày duyệt đăng: 08/4/2023)
