

PHẪU THUẬT WHIPPLE ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH BÓNG VATER XÂM LẤN MẠCH MÁU

Hồ Văn Linh¹, Nguyễn Thanh Xuân²

¹Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam.

²Khoa Ngoại Nhi - Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật Whipple điều trị ung thư quanh bóng Vater xâm lấn tĩnh mạch (TM).

Đối tượng, phương pháp: Bao gồm 33 bệnh nhân được phẫu thuật Whipple và cắt đoạn TM điều trị ung thư quanh bóng Vater tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2016-06/2025.

Kết quả: Qua 33 bệnh nhân phẫu thuật Whipple và cắt đoạn TM điều trị ung thư quanh bóng Vater thu được một số kết quả sau: Tình trạng nhu mô tụy cứng so với tụy mềm tương ứng 69,7% vs 30,3%. Độ dài trung bình cắt đoạn TM là 2,7 (2 - 3,5) cm. Mức độ xâm lấn của khối u vào TM ở mức bình thường 21,2%, ở mức hẹp một bên 45,5% và hẹp hai bên 33,3%. Chiều dài trung bình đoạn TM cắt bỏ 2,7 (2 - 3,5) cm. Tỷ lệ diện cắt đạt R0 so với R1 tương ứng là 81,8% vs 18,2% ($p < 0,001$). Thời gian phẫu thuật trung bình 217(193 - 249) phút, lượng máu mất trong phẫu thuật 350 (342 - 750) ml. Biến chứng chung là 21,2% bệnh nhân, thời gian tái phát trung bình 27 (23 - 52) tháng và thời gian sống thêm trung bình 33 (30 - 62) tháng.

Kết luận: Ung thư quanh bóng Vater có xâm lấn TM là một tiên lượng xấu. Tuy nhiên, sự xâm lấn mạch máu trong ung thư quanh bóng Vater không phải là chống chỉ định phẫu thuật triệt căn. Kết quả phẫu thuật đang dần được cải thiện trong vài năm gần đây. Việc điều trị tối ưu cho bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater nên được thực hiện với sự phối hợp đa chuyên khoa.

Từ khóa: Ung thư quanh bóng Vater, ung thư đầu tụy.

ABSTRACT

WHIPPLE SURGERY FOR THE TREATMENT OF PERIAMPULLARY CANCER WITH VASCULAR INVASION

Ho Van Linh¹, Nguyen Thanh Xuan²

Objective: Evaluation of surgical outcomes of Whipple procedure for the treatment of periampullary cancer with vascular invasion.

Methods: From January 2017 to May 2025, a total 33 patients underwent pancreaticoduodenectomy for treatment of periampullary cancer with vascular invasion at Hue Central Hospital.

Results: Among 33 patients who underwent Whipple procedure with segmental venous resection for the treatment of periampullary cancer, the following results were obtained: The pancreatic tissue was firm in 69,7% of cases compared to 30,3% with soft texture. The mean length of the resected vein segment was 2,7 cm (range 2 - 3,5 cm). Tumor invasion of the vein was classified as normal in 21,2%, unilateral narrowing in 45,5%, and bilateral narrowing in 33,3% of cases. The rate of R0 resection margin was 81,8% compared to 18,2% for R1 ($p < 0.001$). The mean operative time was 217 minutes (range 193 - 249), the mean intraoperative blood loss of 350 ml (range 342 - 750).

Ngày nhận bài: 03/7/2025. Ngày chỉnh sửa: 31/7/2025. Chấp thuận đăng: 18/8/2025

Tác giả liên hệ: Hồ Văn Linh. Email: tslinh2020@gmail.com. ĐT: 0913465464

Phẫu thuật Whipple điều trị ung thư quanh bóng Vater xâm lấn mạch máu

- 750 ml). Overall postoperative complication rate was 21.2%. The mean time to recurrence was 27 months (range 23 - 52) and the mean overall survival was 33 months (range 30 - 62).

Conclusion: Periapillary cancer with vascular invasion is associated with a poor prognosis. However, vascular involvement in periapillary cancer is not a contraindication to curative resection. Surgical outcomes have gradually improved in recent years. The treatment for patients in periapillary cancer with vascular invasion should be delivered through a multidisciplinary approach.

Key words: Periapillary cancer, the head of pancreatic cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến tụy là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư trên toàn thế giới, với tiên lượng xấu, phẫu thuật chỉ mang lại thời gian sống không tái phát trung vị từ 10 - 11,7 tháng, cùng với tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ khoảng 12 - 27%. Tỷ lệ phẫu thuật triệt căn thấp, chưa đến 20% tổng số bệnh nhân vì nhiều lý do như: khối u xâm lấn tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Sự xâm lấn tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng trên trong ung thư quanh bóng Vater không được xem là chống chỉ định phẫu thuật cắt bỏ, theo công bố của nhóm nghiên cứu Quốc tế về phẫu thuật tụy (ISGPS) [1]. Hai phân tích gộp kết luận rằng phẫu thuật cắt tĩnh mạch là cơ hội duy nhất để đạt được bờ phẫu thuật R0 cho các bệnh nhân có khối u xâm lấn TM [2]. Mặc dù các phân tích gộp đưa ra những kết quả trái ngược về tỷ lệ tử vong và biến chứng sau phẫu thuật, nhưng hiện nay, phẫu thuật cắt tĩnh mạch ngày càng được thực hiện nhiều hơn ở bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater [3]. Nhờ vào kinh nghiệm ngày càng tăng trong việc cắt và tái tạo mạch máu, nhiều bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển xâm lấn mạch máu đã có thể phẫu thuật thành công. Nghiên cứu nhằm giá kết quả phẫu thuật Whipple điều trị ung thư quanh bóng Vater xâm lấn tĩnh mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 33 bệnh nhân được phẫu thuật Whipple kèm cắt tĩnh mạch điều trị ung thư quanh bóng Vater tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2016 đến 06/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

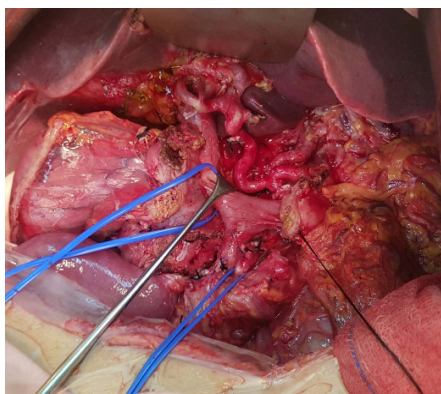
Nghiên cứu tiền cứu mô tả, theo dõi dọc, không đối chứng.

Biến số nghiên cứu: Đánh giá đặc điểm chung (tuổi, giới, BMI), mức độ xâm lấn của khối u vào TM, độ biệt hóa tế bào, tình trạng diện cắt đạt R0, R1 (đánh giá kết quả bằng giải phẫu bệnh sau phẫu thuật), biến chứng, tử vong, tái phát và thời gian sống sau phẫu thuật.

2.3. Kỹ thuật tiến hành

Kỹ thuật tiến hành các bước cắt đầu tụy tá tràng theo phương pháp Whipple kinh điển (cắt ngang vị dạ dày). Thực hiện kỹ thuật Kocherization di động hoàn toàn vùng đầu tụy tá tràng cho đến khi nhìn thấy được tĩnh mạch thận trái. Vết hạch theo tiêu chuẩn. Cắt túi mật và cắt ống mật chủ cách chỗ hợp lưu ống gan phải và trái khoảng 2 cm. Phẫu tích để tách ống mật chủ ra khỏi các cấu trúc cuống gan an toàn, bộ lộ rõ tĩnh mạch cửa và ĐM gan riêng. Sau khi cắt eo tụy, móm tụy thường di động dài khoảng 2,5 cm. Đến đây thì đầu tụy - tá tràng hầu như đã được di động hoàn toàn. Tiến hành cắt rời khối tá đầu tụy kèm TM cửa theo một khối, kiểm soát TM cửa phía trên và dưới vị trí u xâm lấn bằng 2 bulldog trước khi cắt TM. Nếu vị trí xâm lấn tại chỗ hợp lưu của TM cửa và TM lách thì tiến hành buột cắt TM lách. Khâu nối TM trong nghiên cứu theo kiểu tận - tận bằng chỉ prolene 6 - 0.

Kỹ thuật tái lập lưu thông miệng nối tụy với hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến bằng chỉ prolene 3 - 0. Miệng nối tụy - hồng tràng, mật ruột và vị tràng trên cùng một quai ruột. Dẫn lưu ống tụy ra da hoặc không tùy vào đường kính ống tụy và tình trạng nhu mô tụy. Dẫn lưu ổ phúc mạc luôn luôn được thực hiện, đóng bụng theo các lớp giải phẫu.



Hình 1: Vết hạch vùng trong PT Whipple.
Nguồn: Bệnh viện Trung ương Huế



Hình 2: Khâu nối tái tạo TM cửa kiểu tận - tận.
Nguồn: Bệnh viện Trung ương Huế

III. KẾT QUẢ

Tổng cộng, 33 bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy cắt tĩnh mạch (TM). Tuổi trung bình 63 (43-78), tỷ lệ nam/nữ là 4:1. Các bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình 23,7 (19,3 - 25,1). Tình trạng nhu mô tụy cứng so với tụy mềm tương ứng 69,7% vs 30,3%. Độ dài trung bình cắt đoạn TM là 2,7 (2 - 3,5) cm. Mức độ xâm lấn của khối u vào TM ở mức bình thường 21,2%, ở mức hẹp một bên 45,5% và hẹp hai bên 33,3% (Bảng 1).

Bảng 1: Mức độ xâm lấn TM, tình trạng diện cắt, độ mô học

Các biến số	n (%)
Tuổi	63 (43-78)
Giới	33 (4:1)
BMI	23,7(19,3-25,1)
Đặc điểm nhu mô tụy	
Tụy cứng	23 (69,7%)
Tụy mềm	10 (30,3%)
Mức độ xâm lấn TM	
Bình thường (A)	07 (21,2%)
Hẹp một bên (B)	15 (45,5%)
Hẹp hai bên (C)	11 (33,3%)

Các biến số	n (%)
Tình trạng diện cắt	
R0	27 (81,8%)
R1	06 (18,2%)
Chiều dài trung bình đoạn TM cắt bỏ (cm)	2,7 (2-3,5)
Kiểu tái tạo TM	
Cắt đoạn nối tận-tận	33 (100%)
Độ biệt hóa tế bào	
Biệt hóa tốt	19 (57,6%)
Biệt hóa vừa	08 (24,2%)
Biệt hóa kém	06 (18,2)

Chiều dài trung bình đoạn TM cắt bỏ 2,7 (2 - 3,5) cm. Tỷ lệ diện cắt đạt R0 so với R1 tương ứng là 81,8% vs 18,2% ($p < 0,001$).

Thời gian phẫu thuật trung bình 217(193 - 249) phút, lượng máu mất trong phẫu thuật 350 (342 - 750) ml. Biến chứng chung là 21,2%, trong đó, rò tụy độ A là 3,0%, chậm làm rỗng dạ dày 9,0%, abscess tồn dư và nhiễm trùng đường mật ngược dòng tương ứng là 3,0% vs 3,0% bệnh nhân, không có biến chứng huyết khối TM và tử vong sau phẫu thuật. Thời gian tái phát trung bình 27 (23 - 52) tháng, và thời gian sống thêm trung bình 33 (30 - 62) tháng (Bảng 2).

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Các biến số	n (%)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	217±35,1(193-249)
Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml)	350±55 (342-750)
Biến chứng	07 (21,2%)
Rò tụy độ A	01 (3,0%)
Hội chứng chậm làm rỗng dạ dày	03 (9,0%)
Abscess tồn dư	01 (3,0%)
Nhiễm trùng đường mật ngược dòng	01 (3,0%)
Tình trạng tái phát (tháng)	27±3,3 (23-52)
Thời gian sống trung bình (tháng)	33±9,2 (21-62)

IV. BÀN LUẬN

Chỉ đến những năm 1990, một số tác giả mới đề xuất rằng nghi ngờ xâm lấn đơn độc tĩnh mạch cửa không nên là chống chỉ định tuyệt đối cho phẫu thuật cắt tụy ở bệnh nhân ung thư tụy [4]. Trên thực tế vào năm 1951, Moore đã báo cáo đầu tiên về phẫu thuật cắt khối tá tụy (pancreaticoduodenectomy - PD) kết hợp với cắt tĩnh mạch mạc treo tràng trên (SMV) và tĩnh mạch cửa (PV). Tuy nhiên, việc cắt và tái tạo mạch máu trong phẫu thuật điều trị ung thư tụy thực sự bắt đầu từ những năm 1970, khi Joseph G. Fortner lần đầu tiên mô tả loạt bệnh nhân được điều trị bằng cắt toàn bộ tụy kết hợp với cắt TM hoặc cắt cả TM và ĐM tái tạo mạch máu [4]. Khi so sánh phẫu thuật cắt khối tá tụy tiêu chuẩn với cắt khối tá tụy kèm đoạn TM giúp tăng tỷ lệ có thể cắt được khối u, nhưng đi kèm với nguy cơ biến chứng và tử vong cao hơn. Do đó, việc cắt nối TM trong cắt khối tá tụy nên được thực hiện tại các trung tâm có kinh nghiệm cao, nơi có kết quả điều trị tốt hơn.

Trong 33 bệnh nhân của chúng tôi, độ dài cắt đoạn TM trung bình là 2,7 cm và tất cả đều được nối tận - tận. Mức độ cắt bỏ TM phụ thuộc chặt chẽ vào mức độ xâm lấn và có thể được đánh giá trước phẫu thuật bằng CT, MRI cho phép lên kế hoạch chính xác thay

vì quyết định tại bàn mổ. Phương pháp tối ưu để tái tạo TM sau cắt đoạn vẫn còn là vấn đề tranh luận. Mặc dù nối tận - tận đơn giản và thường được ưu tiên hơn so với ghép xen kẽ, nhưng khoảng cách giữa hai đầu TM có thể quá xa để thực hiện nối tận-tận. Ngay cả khi kỹ thuật nối tận - tận khả thi, nguy cơ huyết khối, hẹp và tắc chỗ nối có thể tăng nếu đường nối chịu lực căng quá mức. Trong nghiên cứu này, tất cả các trường hợp đều được di động hoàn toàn gan phải và toàn bộ đại phải (thủ thuật Cattell-Braasch), tránh trường hợp làm căng miệng nối TM. Theo Fujii (2015), tất cả 197 bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thực hiện miệng nối TM tận - tận. Tuy nhiên, tác giả khuyên rằng: khi không đảm bảo được miệng nối không căng, thường trong các trường hợp cần cắt $\geq 3,1\text{cm}$, thì ghép tĩnh mạch tự thân có thể làm giảm nguy cơ hẹp tại chỗ nối [5]. Younan (2016) cũng báo cáo rằng nối tận - tận vẫn khả thi ngay cả sau khi cắt dài TM nếu thực hiện thủ thuật hỗ trợ Cattell-Braasch và cắt tĩnh mạch lách [6].

Biến chứng huyết khối sau cắt nối TM không gặp trong nghiên cứu này, bởi lẽ sau phẫu thuật 12 giờ chúng tôi đánh giá tình trạng chức năng đông máu và được dự phòng huyết khối bằng Lovenox 0,4 ml, tiêm dưới da hàng ngày. Rochet (2022), nghiên cứu với 220 bệnh nhân phẫu thuật Whipple kèm cắt đoạn TM từ 2007 - 2019, ghi nhận huyết khối ở 36 (16,4%) bệnh nhân, trung vị 15,5 ngày sau phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong 90 ngày trong toàn bộ nhóm cắt/tái tạo TM là 6,8% [7].

Tỷ lệ diện cắt đạt R0 khá cao so với R1 tương ứng là 81,8% vs 18,2% ($p < 0,001$). Jesse V. Groen (2021), nghiên cứu với 531 bệnh nhân cắt khối tá tụy, trong đó 149 (28%) kèm cắt đoạn TM. Kết quả: Bệnh nhân cắt đoạn TM có tỷ lệ diện cắt R1 cao hơn (69% so với 37%; $P = 0,001$), bờ cắt tại vị trí TM cửa - TM mạc treo tràng trên là vị trí thường gặp nhất của diện cắt R1, tiếp theo là bờ cắt tại ĐM mạc treo tràng trên. Bệnh nhân được cắt đoạn TM có tỷ lệ diện cắt R1 nhiều vị trí cao hơn (43% so với 16%; $P < 0,001$) và sự xâm lấn khối u vào đoạn TM đã cắt không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ diện cắt R1 so với nhóm không xâm lấn (78% so với 60%; $P = 0,08$), nhưng có tỷ lệ xâm lấn mạch bạch huyết - mạch máu cao hơn ($P=0,005$) [8].

Thời gian tái phát trung bình 27 (23 - 52) tháng, và thời gian sống thêm trung bình 33 (21 - 62) tháng

(bảng 3.2). Theo Jesse V.G (2021), bệnh nhân có hoặc không cắt TM không có sự khác biệt về mô hình tái phát đầu tiên: tái phát tại chỗ (22% so với 15%), di căn xa (19% so với 22%). Bệnh nhân cắt TM có thời gian đến khi tái phát chung và tái phát tại chỗ ngắn hơn. Tuy nhiên không có sự khác biệt về thời gian đến khi di căn xa ($P = 0,46$). Phân tích đa biến có hiệu chỉnh theo mức độ triệt của phẫu thuật và các yếu tố mô bệnh học cho thấy cắt TM không phải là yếu tố tiên lượng độc lập về thời gian tái phát chung, tái phát tại chỗ hay di căn xa [8]. Bệnh nhân được cắt tĩnh mạch có thời gian sống toàn bộ ngắn hơn (trung vị: 15 tháng so với 19 tháng; $P = 0,049$). Tuy nhiên, phân tích đa biến có hiệu chỉnh cho mức độ triệt của phẫu thuật và các yếu tố mô bệnh học cho thấy cắt TM không phải là yếu tố tiên lượng độc lập cho thời gian sống toàn bộ [8].

Có nhiều bằng chứng ngày càng tăng chứng minh rằng: hóa trị tân bổ trợ (NAT) mang lại lợi ích điều trị cho các bệnh nhân có tổn thương TM, đặc biệt trong các trường hợp ung thư tụy ở giai đoạn “có thể cắt giới hạn” (borderline resectable). Tân bổ trợ được báo cáo là làm tăng đáng kể tỷ lệ phẫu thuật, tỷ lệ diện cắt R0, tỷ lệ âm tính hạch, cũng như kéo dài thời gian sống không bệnh (DFS) và thời gian sống toàn bộ (OS), từ đó trở thành lựa chọn điều trị ưu tiên cho nhóm bệnh nhân này [9].

Tóm lại, trong bối cảnh hiện nay, việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp, chỉ định đúng, sử dụng hóa trị tân bổ trợ và thực hiện phẫu thuật ở các trung tâm có kinh nghiệm là những yếu tố then chốt giúp tối ưu hóa hiệu quả phẫu thuật điều trị ung thư tụy có xâm lấn mạch máu.

V. KẾT LUẬN

Ung thư quanh bóng Vater có xâm lấn TM là một tiên lượng xấu. Tuy nhiên, sự xâm lấn mạch máu trong ung thư quanh bóng Vater không phải là chống chỉ định phẫu thuật triệt căn. Kết quả phẫu thuật đang dần được cải thiện trong vài năm gần đây. Việc điều trị tối ưu cho bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater nên được thực hiện với sự phối hợp đa chuyên khoa.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích tài chính hoặc cá nhân liên quan đến nghiên cứu này.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học - Bệnh viện Trung ương Huế xem xét và chấp thuận. Tất cả bệnh nhân/thân nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung nghiên cứu và ký văn bản đồng thuận tham gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bockhorn M, Uzunoglu FG, Adham M, Imrie C, Milicevic M, Sandberg AA, et al. Borderline resectable pancreatic cancer: a consensus statement by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). *Surgery*. 2014; 155(6): 977-988.
2. Giovannazzo F, Turri G, Katz M, Heaton N, Ahmed I. Meta-analysis of benefits of portal-superior mesenteric vein resection in pancreatic resection for ductal adenocarcinoma. *Journal of British Surgery*. 2016; 103(3): 179-191.
3. Kantor O, Talamonti MS, Wang C-H, Roggin KK, Bentrem DJ, Winchester DJ, et al. The extent of vascular resection is associated with perioperative outcome in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *HPB*. 2018; 20(2): 140-146.
4. Pedrazzoli S. Surgical treatment of pancreatic cancer: Currently debated topics on vascular resection. *Cancer Control*. 2023; 30: 10732748231153094.
5. Fujii T, Nakao A, Yamada S, Suenaga M, Hattori M, Takami H, et al. Vein resections > 3 cm during pancreatotomy are associated with poor 1-year patency rates. *Surgery*. 2015; 157(4): 708-715.
6. Younan G, Tsai S, Evans DB, Christians KK. Techniques of vascular resection and reconstruction in pancreatic cancer. *Surgical Clinics*. 2016; 96(6): 1351-1370.
7. Roch AM, Kilbane EM, Nguyen T, Ceppa EP, Zyromski NJ, Schmidt CM, et al. Portal vein thrombosis after venous reconstruction during pancreatotomy: timing and risks. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2022; 26(10): 2148-2157.
8. Groen JV, van Manen L, van Roessel S, van Dam JL, Bonsing BA, Doukas M, et al. Resection of the portal-superior mesenteric vein in pancreatic cancer: pathological assessment and recurrence patterns. *Pancreas*. 2021; 50(8): 1218-1229.
9. Lo W, Zureikat A. Neoadjuvant therapy in pancreatic cancer: A review and update on recent trials. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2022; 38(5): 521-531.