

Phẫu thuật cắt tụy toàn bộ kèm tạo hình tĩnh mạch cửa do u nhầy nhú nội ống ung thư hóa thể ống chính của tụy: Báo cáo ca lâm sàng và điểm lại y văn

Nguyễn Thị Lan¹, Cao Mạnh Thấu¹, Dương Ngọc Thắng¹, Đỗ Hải Đăng¹, Trần Văn Bôn¹, Nguyễn Minh Tiến²

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thị Lan,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0983 289 213
Email: dr.nguyenlanvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/9/2025

Ngày chấp nhận đăng:

15/10/2025

Ngày xuất bản: 03/11/2025

Tóm tắt

U nhầy nhú nội ống là tổn thương tiền ung thư của tụy, đặc trưng bởi tăng sinh tế bào nhú sản xuất mucin, với tỷ lệ ung thư hóa 11-81% tùy loại hình thái học. Chúng tôi báo cáo trường hợp người bệnh nữ 45 tuổi, được chẩn đoán IPMN toàn bộ tụy ung thư hóa, xâm lấn hợp lưu tĩnh mạch lách – tĩnh mạch mạc treo tràng trên và điểm lại y văn. Người bệnh được phẫu thuật cắt tụy toàn bộ, cắt lách, cắt đoạn hợp lưu tĩnh mạch lách – MTTT, hai miệng nối mạch máu là tĩnh mạch MTTT – tĩnh mạch cửa và TM vị trái - TM cửa, nạo vét hạch đến D4. Kết quả giải phẫu bệnh xác nhận ung thư biểu mô tuyến ống tụy ngoại tiết, di căn 2 hạch. Người bệnh hồi phục tốt sau 14 ngày nằm viện. Báo cáo cho thấy tính khả thi của cắt tụy toàn bộ trong điều trị IPMN lan tỏa và nhấn mạnh vai trò của phối hợp đa chuyên khoa trong điều trị các trường hợp bệnh lý phức tạp.

Từ khóa: U nhầy nhú nội ống, cắt tụy toàn bộ, tiên lượng dài hạn.

Total pancreatectomy combined with portal vein reconstruction for malignant pancreatic main-duct intraductal papillary mucinous neoplasm: A case report and review of literature

Nguyen Thi Lan¹, Cao Manh Thau¹, Duong Ngoc Thang¹, Do Hai Dang¹, Tran Van Bon¹, Nguyen Minh Tien²

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hanoi Medical University

Abstract

Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) is a precancerous pancreatic lesion characterized by mucin-producing papillary cell proliferation, with a malignancy risk of 11-81% depending on morphologic type.

We report a case of a 45-year-old female with invasive IPMN involving the entire pancreas and superior mesenteric vein up to the portal vein confluence, along with a literature review. The patient underwent total pancreatectomy, splenectomy, autologous portal vein reconstruction, and D4 lymphadenectomy. Histopathology examination confirmed pancreatic ductal adenocarcinoma with 2/5 lymph node metastases. The patient was discharged on the 14th postoperative day without major notes. This case illustrates the feasibility of total pancreatectomy for diffuse IPMN in a specialized center in Vietnam. Additionally, it emphasizes the critical role of a multidisciplinary team in managing complex cases.

Keywords: Intraductal papillary mucinous neoplasm, total pancreatectomy, long-term outcomes.

Đặt vấn đề

U nhầy nhú nội ống (Intraductal papillary mucinous neoplasm - IPMN) là một loại tổn thương tiền ung thư phổ biến của tụy, được đặc trưng bởi sự phát triển của các tế bào nhú sản xuất chất nhầy trong hệ thống ống tụy. IPMN được phân loại dựa trên vị trí giải phẫu: ống chính (MD-IPMN), nhánh phụ (BD-IPMN) và thể hỗn hợp. MD-IPMN có nguy cơ ung thư hóa cao hơn, lên đến 60%, trong khi BD-IPMN thường thấp hơn (25%). Tỷ lệ mắc IPMN tăng theo tuổi, chẩn đoán thường qua hình ảnh học như CT, MRI hoặc siêu âm nội soi [1]. Các đặc điểm nguy cơ cao bao gồm giãn ống tụy chính >5mm, nốt sùi >5mm, triệu chứng (đau bụng, vàng da) và tăng CA19-9.

Quản lý IPMN phụ thuộc vào phân loại rủi ro. Đối với IPMN nguy cơ thấp, theo dõi định kỳ bằng hình ảnh học và EUS được khuyến cáo. Ngược lại, IPMN nguy cơ cao đòi hỏi can thiệp phẫu thuật để ngăn ngừa ung thư hóa. Các phương pháp phẫu thuật phổ biến bao gồm cắt khối tá tụy cho tổn thương đầu tụy, cắt thân đuôi tụy cho u thân-đuôi tụy, và cắt tụy toàn bộ (total pancreatectomy – TP) trong trường hợp tiền sử ung thư tụy trong gia đình hoặc tổn thương lan tỏa đa ổ [1]. Chỉ định TP đặc biệt dành cho IPMN đa ổ hoặc có bằng chứng ung thư hóa lan rộng, nhằm loại bỏ hoàn toàn nguy cơ tái phát.

Cắt toàn bộ tụy đã được nghiên cứu như một phương pháp phẫu thuật trong ung thư tụy. Các nghiên cứu lớn cho thấy tỷ lệ tử vong sớm sau mổ là khoảng 2,1-5% [2]. Tỷ lệ sống sót tổng thể thay đổi

tùy chỉ định: đối với ung thư tuyến tụy (PDAC), tỷ lệ sống trung vị là 15 tháng, sống sót 1, 3 và 5 năm lần lượt là 60, 22 và 13% [2]. Trong ngữ cảnh IPMN ung thư hóa, TP được chỉ định cho tổn thương multifocal hoặc main duct lan rộng, với tỷ lệ ác tính lên đến 64% ở MD-IPMN. Kết quả cho thấy sống sót 5 năm khoảng 65% khi IPMN ung thư hóa, thấp hơn ở trường hợp xâm lấn so với dị sản độ cao [3]. Tuy nhiên, TP dẫn đến các thách thức lâu dài như đái tháo đường phụ thuộc insulin và suy tụy ngoại tiết đòi hỏi điều trị thay thế enzyme, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [4]. Ở Việt Nam, kỹ thuật TP còn hạn chế, chỉ thực hiện tại một số ít đơn vị chuyên sâu về phẫu thuật tụy, trong đó Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là một trong những trung tâm đi đầu trong phẫu thuật này.

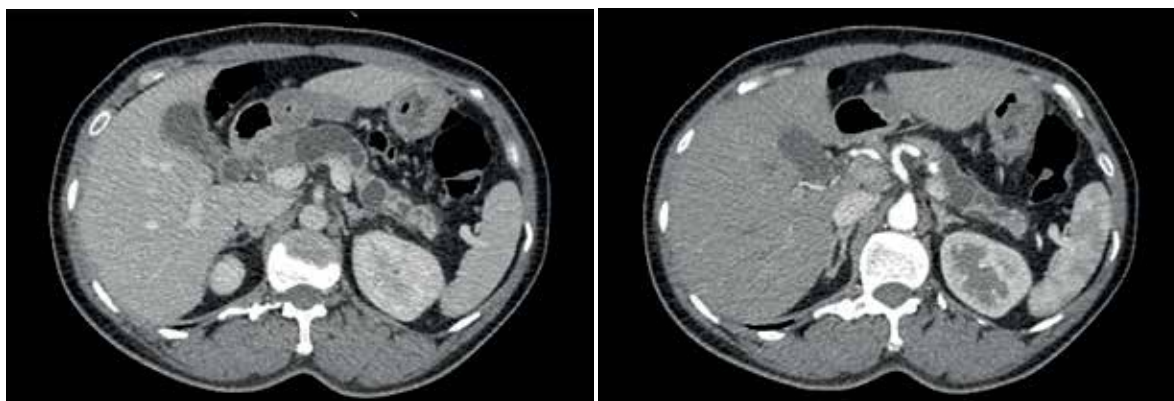
Báo cáo này trình bày một trường hợp IPMN ung thư hóa lan tỏa được điều trị cắt toàn bộ tụy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và điểm lại y văn. Mục đích là đánh giá kết quả lâm sàng và chia sẻ kinh nghiệm và cung cấp dữ liệu trên thế giới về vấn đề này.

Ca lâm sàng

Người bệnh nữ, 45 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào bệnh viện Hữu nghị Việt Đức vì đau bụng thượng vị, đau âm ỉ liên tục không gây sút cân, không nôn, không sốt, không vàng da. Khám lâm sàng không có gì đặc biệt, không sờ thấy khối ở bụng. Kết quả chụp cắt lớp vi tính 128 dãy thấy hình ảnh khối u vùng đầu - thân tụy kích thước 36x22mm, bờ không đều ranh giới không rõ với nhu mô tụy, ngấm thuốc kém sau tiêm, thâm nhiễm mỡ quanh tụy, giãn ống

tụy thân và đuôi tụy chỗ giãn nhất ~ 16mm, gây teo nhu mô tụy tương ứng, theo dõi adenocarcinoma. U xâm lấn tĩnh mạch cửa, tiếp xúc với tĩnh mạch (TM) cửa >180 độ, ôm quanh động mạch vị tá tràng, tiếp xúc bờ dưới động mạch gan chung, nhu mô vùng đầu thân tụy có khối. Có khối ở gan giảm tỷ trọng 21*8 mm, tính chất lành tính. Chụp CT ngực không có tổn thương thứ phát. Xét nghiệm công thức máu và đông máu bình thường, không tăng men gan, không tắc mật. Chất chỉ điểm u đều nằm trong giới

hạn bình thường. Soi dạ dày không có tổn thương xâm lấn. Người bệnh có nhiều dấu hiệu đáng lo (worrisome feature) như nang > 3 cm, dày thành, ống tụy giãn > 9 mm, teo đuôi tụy, có hạch ổ bụng, và nguy cơ ung thư cao. Nhận định đây là trường hợp IPMN thể ống chính ở đầu thân tụy ung thư hóa xâm lấn TM cửa >180 độ sát chỗ hợp lưu TM cửa và TM mạc treo tràng trên, kế hoạch dự kiến là cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách, cắt đoạn TM cửa và tạo hình, nối lại TM vị trái vào TM cửa, nạo vét hạch (hình 1).



Hình 1. Hình ảnh tổn thương trên CT

Phẫu thuật viên chính: TS.BS. Nguyễn Thị Lan, phẫu thuật viên mạch máu: BS. Dương Ngọc Thắng. Kiểm tra trong mổ thấy phúc mạc nhẵn, gan hồng đẹp không di căn, ống mật chủ giãn 1 cm. Toàn bộ tụy cứng, ống tụy giãn 1,5 cm toàn bộ chứa dịch nhầy, niêm mạc dày. Thực hiện động tác Kocher phát hiện khối u đầu tụy kích thước 3x3 cm, mật độ chắc, thâm nhiễm xung quanh và vào TM mạc treo tràng trên (MTTT) đến đoạn hợp lưu tĩnh mạch cửa. Người bệnh được phẫu thuật cắt tụy toàn bộ, cắt lách, cắt đoạn hợp lưu tĩnh mạch lách – MTTT, hai miệng nối mạch máu là tĩnh mạch MTTT – tĩnh mạch cửa và TM vị trái - TM cửa, nạo vét hạch đến D4, nối mật ruột và dạ dày ruột. Sau khi giải phóng và Kocher, giải phóng mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang, lấy hạch nhóm 5,6,8,9,10,11,12,16. Bộc lộ động mạch thân tạng, lách, vị trái; tĩnh mạch vị trái, cửa, lách, mạc treo tràng dưới/trên, thân Henle. Cắt túi mật, cắt ống mật chủ. Thất động mạch vị tá

tràng, vị phải, vị mạc nối phải; các nhánh vị ngắn. Cắt mạc treo ruột non, cắt quai đầu hồng tràng và thất nhánh động tĩnh mạch tá tụy dưới. Sau khi đã xong nửa bên phải, tiếp cận và giải phóng bên trái, thất động mạch lách sát gốc, tĩnh mạch lách sát gốc, bảo tồn tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Cắt toàn bộ mạc treo tụy, giải phóng khỏi bờ trước tĩnh mạch cửa và TM MTTT. Sinh thiết tức thì có ung thư biểu mô tuyến. U xâm lấn hợp lưu tĩnh mạch cửa và phải tạo hình. Tuy nhiên để giảm ứ máu dạ dày, chúng tôi phải kiểm soát TM vị trái và nối lại TM vị trái vào TM cửa sau đó; Cặp clamp 2 đầu TM cửa, cắt toàn bộ khối tá tụy và lách kèm đoạn TM MTTT 2 cm bị xâm lấn (hình 2). Kép mạch máu nối lại tĩnh mạch cửa - TM MTTT, sau đó là nối tĩnh mạch vị trái - tĩnh mạch cửa, kiểm tra lưu thông mạch máu tốt và không có ứ máu dạ dày. Cuối cùng, nối mật ruột và nối vị tràng trước mạc treo đại tràng ngang. Thời gian mổ 280 phút, mất máu trong mổ 200 mL.



Hình 2. Hình ảnh tổn thương trong mổ

Kết quả giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô tuyến ống tụy ngoại tiết có chế nhầy, xâm lấn mạch bạch huyết, thần kinh, thành tá tràng và xơ mỡ quanh tụy. Di căn 2 hạch bạch huyết. Cấu trúc hạch bị xóa

bởi tổ chức u xếp tuyến/ống, chế nhầy, tế bào nhân không đều, chất nhuộm sắc thô, nhiều nhân chia (hình 3). Diện cắt tụy và mạch máu đạt R0, đảm bảo tính triệt căn.



Hình 3. Hình ảnh đại thể của tổn thương sau phẫu thuật

Người bệnh nằm viện 14 ngày, nằm ICU 3 ngày (rút ống sau 1 ngày), ăn sau 5 ngày. Người bệnh được duy trì heparin 7500 IU/24h và kiểm soát APTT theo đích trong 5 ngày đầu, sau đó chuyển sang lovenox và xarelto. Để kiểm soát đường huyết, thử đường máu mao mạch 4 lần/ngày, sử dụng Novorapid 300IU (tiêm dưới da trước ăn 3 bữa 5 phút: 4IU); Lantus (tiêm dưới da 21h). Đường máu

mao mạch của người bệnh dao động 8-16, trung bình 12 mmol/l. Để bù chức năng tụy ngoại tiết, creon 25000IU x 3 viên (uống chia 3 trước ăn). Ngày 10 có chảy máu qua dẫn lưu 5 mL trong quá trình gói thuốc chống đông, sau đó ổn định và không phải can thiệp gì. CT kiểm tra sau mổ ngày 3 và 10 thấy miệng nối TM vị trái thông tốt, không có ổ dịch tồn dư. Hiện tại sau mổ 1 tháng, tình trạng người bệnh ổn định và

được điều trị hóa chất hỗ trợ. Các phim chụp PET-CT có thể được chụp trong quá trình theo dõi nhằm xác định tổn thương tái phát.

Bàn luận

Trường hợp này trình bày một người bệnh nữ 45 tuổi với IPMN toàn bộ tụy ung thư hóa, kèm xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên đến hợp lưu tĩnh mạch cửa. Người bệnh được điều trị bằng cắt tụy toàn bộ, cắt lách, tạo hình tĩnh mạch cửa tự thân, nối lại tĩnh mạch vị trái vào TMC, nạo vét hạch rộng đến D4. Hậu phẫu, người bệnh hồi phục tốt sau 14 ngày nằm viện, và được quản lý ổn định bằng insulin (Novorapid và Lantus) cùng enzyme thay thế (Creon).

IPMN là tổn thương tiền ung thư đặc trưng bởi sự tăng sinh tế bào nhú sản xuất mucin trong hệ thống ống tụy, dẫn đến giãn ống và tích tụ dịch nhầy [5]. Quá trình ung thư hóa diễn ra dần dần theo mô hình “adenoma-carcinoma sequence”, bắt đầu từ dị sản độ thấp, tiến triển đến dị sản độ cao, và cuối cùng là ung thư xâm lấn [6]. Cơ chế chính liên quan đến tích lũy đột biến gene: Đột biến KRAS xảy ra sớm (hơn 90% trường hợp), thúc đẩy tăng sinh tế bào, CDKN2A (p16), làm mất kiểm soát chu kỳ tế bào, rồi đột biến TP53 và SMAD4 ở giai đoạn muộn, dẫn đến mất chức năng ức chế u và xâm lấn [7]. MD-IPMN có nguy cơ cao hơn (40-60%) do liên quan trực tiếp đến ống tụy chính, trong khi BD-IPMN thấp hơn (15-25%). Bốn yếu tố chính quyết định diễn tiến tự nhiên của người bệnh IPMN:

Loại hình thái học (ống chính, nhánh phụ hoặc hỗn hợp)

Tuổi tại thời điểm chẩn đoán và thời gian diễn tiến của bệnh

Phân loại mô học (phân biệt kiểu ruột, tụy-đường mật, oncocytic, kiểu dạ dày)

Mức độ loạn sản tại thời điểm chẩn đoán (loạn sản độ thấp, độ trung bình, độ cao, ung thư xâm lấn)

IPMN có nguy cơ ung thư hóa khác nhau tùy loại hình thái học: ống chính và thể hỗn hợp có tỷ lệ ung thư xâm lấn 11-81%, trong khi thể nhánh phụ là 6-38%. Loạn sản độ cao được coi là “ác tính” do

tiến triển nhanh thành ung thư. Tuổi chẩn đoán ảnh hưởng tiên lượng, với IPMN ác tính thường gặp ở tuổi 67-68, so với 61-63 ở IPMN lành tính, cho thấy tiến triển khoảng 5-6 năm. IPMN thể nhánh phụ có 18% tiến triển trong 26-44 tháng, với 9-15% phát hiện ác tính sau phẫu thuật. Các phân loại mô học (ruột, tụy-đường mật, oncocytic, dạ dày) ảnh hưởng đến tiên lượng, với kiểu ruột có sống sót tốt hơn (107 tháng so với 20 tháng ở PDAC). Loạn sản độ cao và ung thư xâm lấn có tiên lượng kém hơn, đặc biệt khi có di căn hạch hoặc giai đoạn muộn. IPMN cần theo dõi lâu dài do nguy cơ tái phát 8-57% và nguy cơ ung thư tụy 3-9% trong 10 năm [8].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất đối với ung thư tụy. Trong phẫu thuật TP cho IPMN ung thư hóa, cần lưu ý bảo tồn hoặc tái tạo các cấu trúc mạch máu để tránh biến chứng ứ máu dạ dày và ứ máu ruột non. Trong trường hợp u tụy xâm lấn TM cửa, có cắt lách, cần bảo tồn tĩnh mạch vị trái hoặc làm lại miệng nối TM vị trái - tĩnh mạch cửa để duy trì dẫn lưu máu dạ dày, tránh ứ máu và xuất huyết tiêu hóa. TM vị trái đóng vai trò quan trọng trong dẫn lưu tĩnh mạch từ dạ dày. Đối với các trường hợp IPMN không ung thư hoặc không xâm lấn mạch lách, nên bảo tồn lách giúp dẫn lưu máu dạ dày và giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu (do lách tham gia miễn dịch). Về kiểm soát đường máu và chức năng tụy ngoại tiết: Sau TP, người bệnh phụ thuộc insulin hoàn toàn (như Novorapid trước ăn và Lantus nền ở trường hợp này, thử đường máu 4 lần/ngày để điều chỉnh liều). Trong nghiên cứu của Andersen, với dung dịch đậm ba ngắn, mỗi 10g đường được bổ sung 1 đơn vị insulin nhanh (Novorapid). Với dung dịch glucose đơn thuần, truyền liên tục glucose 5% đẳng trương từ ngày đầu sau mổ với tốc độ 60mL/giờ, bổ sung 2IU insulin cho mỗi 10g carbohydrate. Lượng đường cung cấp phụ thuộc vào cân nặng: 125g (40-50kg), 187g (51-70kg), 250g (71-90kg), hoặc 313g (>90kg) mỗi ngày. Nuôi dưỡng tĩnh mạch ngừng khi người bệnh tiêu thụ đủ 150g carbohydrate qua đường miệng. Nuôi dưỡng đường dừng khi người bệnh ăn đủ qua miệng. Khi ăn uống đường miệng được, người bệnh

dùng insulin tác dụng kéo dài 0,2IU/kg/ngày, chia 2 lần. Insulin nhanh bổ sung (2IU khi bắt đầu bữa ăn, 2-4IU nếu có đồ uống năng lượng) khi đường máu >10mmol/l [9]. Chức năng ngoại tiết được thay thế bằng enzyme (Creon 25000IU chia 3 bữa), kết hợp chế độ ăn lỏng ban đầu để tránh tiêu chảy do thiếu enzyme. Liều trung bình của người bệnh là 75000-150000 IU/ngày.

Nghiên cứu phân tích gộp của Habib (2025) về vai trò của hóa trị hỗ trợ vẫn còn tranh cãi và không được khuyến cáo thường quy như đối với ung thư biểu mô tuyến tụy. Điều này khác biệt với PDAC thông thường do IPMN-derived cancer có đặc tính sinh học thuận lợi hơn (kết quả tốt hơn, ít xâm lấn hơn). Tuy nhiên, lợi ích có thể có ở các nhóm nguy cơ cao: người bệnh có hạch di căn (pN1/N2), giai đoạn T tiến triển, giai đoạn AJCC muộn, CA19-9 tăng (>37 IU/mL), và độ biệt hóa kém. Các phác đồ thường dùng (như FOLFIRINOX hoặc gemcitabine-capecitabine) được chủ yếu đến từ điều trị ung thư biểu mô tuyến, nhưng dữ liệu hồi cứu hỗn hợp và thiếu RCT Kết luận ưu tiên AT chỉ cho nhóm nguy cơ cao để tối ưu hóa lợi ích và giảm tác dụng phụ không cần thiết.

Tiền lượng sống sau mổ của IPMN ung thư hóa thay đổi tùy mức độ xâm lấn và di căn, nhưng tổng thể tốt hơn so với ung thư tụy ngoại tiết (PDAC) do tiến triển chậm hơn. Từ nghiên cứu lớn tại Mayo Clinic và châu Âu, tỷ lệ sống sót 5 năm dao động từ 30-80%, phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Một nghiên cứu hồi cứu trên 3912 người bệnh phẫu thuật IPMN (21% ác tính) báo cáo tử vong gần sau mổ là 1.5% [10]. Trong nghiên cứu của Yrjö (2023), sống sót 5 năm đạt 63,6% và 10 năm 50%, với yếu tố tiên lượng kém là di căn hạch và xâm lấn mạch máu [11]. Hai nghiên cứu đa trung tâm trên Annals of Surgery đánh giá cắt tụy toàn bộ (TP) trong IPMN lan tỏa/đa ổ ung thư hóa. Nghiên cứu của Rompen (2024) so sánh TP với cắt tụy một phần trên 359 người bệnh, cho thấy TP cải thiện sống thêm không bệnh ở người bệnh trẻ ($\leq 63,6$ tuổi) nhưng không khác biệt về sống thêm toàn bộ (OS) [12]. Nghiên cứu của Poiraud (2018) trên 93 người bệnh TP cho

thấy tỷ lệ biến chứng 47,3%, tử vong 4,3%, với sống sót 5 năm chỉ 21,2% ở IPMN xâm lấn so với 85,7% ở nhóm không xâm lấn, và 13% TP không cần thiết do chẩn đoán sai [13]. Cả hai nhấn mạnh rủi ro điều trị quá chỉ định và cần cải thiện chẩn đoán hình ảnh để tối ưu hóa chỉ định TP, đặc biệt với tỷ lệ tái phát cao (58,5% ở IPMN xâm lấn) và lợi ích còn chưa rõ ràng ở người bệnh lớn tuổi.

Yếu tố cần được theo dõi đó là chất lượng cuộc sống có thể ảnh hưởng hoặc giảm sút, do người bệnh thường gặp tiêu chảy mạn tính, suy dinh dưỡng và mệt mỏi kéo dài, ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày. Biến chứng nội tiết như tiểu đường phụ thuộc insulin xảy ra ở hầu hết người bệnh, đòi hỏi quản lý chặt chẽ đường huyết, trong khi biến chứng ngoại tiết như thiếu enzyme tụy dẫn đến kém hấp thu dinh dưỡng và giảm cân. Ngoài ra, TP thường kèm cắt lách, tăng nguy cơ nhiễm trùng do giảm miễn dịch, đặc biệt với vi khuẩn như phế cầu, một số khuyến cáo bổ sung tiêm chủng và kháng sinh dự phòng. Một số nghiên cứu cho thấy QoL sau TP có thể tương đương với cắt tụy bán phần nếu quản lý tốt biến chứng, nhưng vẫn kém hơn so với dân số chung. Do đó, quyết định TP cần cân nhắc kỹ lưỡng, ưu tiên cho trường hợp nguy cơ cao [14].

Báo cáo trường hợp này là một trong những báo cáo đầu tiên về IPMN ung thư hóa xâm lấn mạch máu tại Việt Nam. Nó nhấn mạnh thành công của đội ngũ đa ngành (nội tiết, phẫu thuật gan mật tụy và mạch máu và hồi sức, ung bướu). Tuy nhiên đây là báo cáo ca lâm sàng, chưa có tính tổng quát hóa và theo dõi ngắn hạn còn ngắn, không đánh giá được tái phát dài hạn hoặc chất lượng cuộc sống. Cần các nghiên cứu thời gian kéo dài hơn để khẳng định vai trò của cắt toàn bộ tụy cho bệnh lý trên.

Kết luận

Cắt tụy toàn bộ là lựa chọn cho IPMN ung thư hóa lan tỏa hoặc đa ổ, đặc biệt ở người bệnh trẻ, giúp giảm tái phát cục bộ với tỷ lệ biến chứng ở mức thấp. Tuy nhiên, cần kiểm soát vấn đề trong và sau mổ và tối ưu hóa chỉ định bằng chẩn đoán hình ảnh chính xác. Cần nghiên cứu theo dõi dài hạn và tiến

cứu để khẳng định vai trò của phẫu thuật cắt tụy nói chung và cắt tụy toàn bộ nói riêng trong IPMN ung thư hóa.

Tài liệu tham khảo

1. Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatolgy*. May-Jun 2012;12(3):183-97. doi:10.1016/j.pan.2012.04.004
2. Johnston WC, Hoen HM, Cassera MA, et al. Total pancreatectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: review of the National Cancer Data Base. *HPB (Oxford)*. Jan 2016;18(1):21-8. doi:10.1016/j.hpb.2015.07.009
3. Kim SC, Park KT, Lee YJ, et al. Intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: clinical characteristics and treatment outcomes of 118 consecutive patients from a single center. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2008;15(2):183-8. doi:10.1007/s00534-007-1231-8
4. Billings BJ, Christein JD, Harmsen WS, et al. Quality-of-life after total pancreatectomy: is it really that bad on long-term follow-up? *J Gastrointest Surg*. Nov 2005;9(8):1059-66; discussion 1066-7. doi:10.1016/j.gassur.2005.05.014
5. Ma G, Li G, Xiao Z, et al. Narrative review of intraductal papillary mucinous neoplasms: pathogenesis, diagnosis, and treatment of a true precancerous lesion. *Gland Surgery*. 2021;10(7):2313-2324.
6. Nista EC, Schepis T, Candelli M, et al. Humoral Predictors of Malignancy in IPMN: A Review of the Literature. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021;22(23):12839.
7. Noë M, Niknafs N, Fischer CG, et al. Genomic characterization of malignant progression in neoplastic pancreatic cysts. *Nature Communications*. 2020/08/14 2020;11(1):4085. doi:10.1038/s41467-020-17917-8
8. Klotz R, Hackert T, Büchler MW. Natural History of Cystic Neoplasms. *The Pancreas*. 2023:666-673.
9. Andersen S, Andersen A, Ringholm L, et al. Parenteral nutrition and insulin per protocol improve diabetes management after total pancreatectomy. *Dan Med J*. Apr 2018;65(4)
10. Davis CH, Choubey AP, Langan RC, et al. Pancreatectomy for intraductal papillary mucinous neoplasm: has anything changed in North America? *HPB*. 2024/01/01/ 2024;26(1):109-116. doi:https://doi.org/10.1016/j.hpb.2023.09.001
11. Vaalavuo Y, Vornanen M, Ahola R, et al. Long-term (10-year) outcomes and prognostic factors in resected intraductal papillary mucinous neoplasm tumors in Finland: A nationwide retrospective study. *Surgery*. 2023/07/01/ 2023;174(1):75-82. doi:https://doi.org/10.1016/j.surg.2023.02.006
12. Rompen IF, Habib JR, Kinney-Köster B, et al. Total versus Partial Pancreatectomy in Patients with Pancreatic Cancer Arising from Multifocal or Diffuse Intraductal Papillary Mucinous Neoplasia - A Multicenter Observational Study. *Ann Surg*. Sep 18 2024;doi:10.1097/sla.0000000000006538
13. Poiraud C, El Amrani M, Barbier L, et al. Total Pancreatectomy for Presumed Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms: A Multicentric Study of the French Surgical Association (AFC). *Ann Surg*. Nov 2018;268(5):823-830. doi:10.1097/sla.0000000000002944
14. Scholten L, Stoop TF, Del Chiaro M, et al. Systematic review of functional outcome and quality of life after total pancreatectomy. *Br J Surg*. Dec 2019;106(13):1735-1746. doi:10.1002/bjs.11296