

Đánh giá kết quả phẫu thuật với mục đích triệt căn điều trị ung thư ngã ba đường mật tại Bệnh viện Bạch Mai

Nguyễn Thành Khiêm^{1*}, Nguyễn Hàm Hội¹, Lương Tuấn Hiệp¹, Đỗ Việt Anh¹, Lê Văn Duy¹, Đỗ Hải Đăng²

¹Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai, 78 Giải Phóng, phường Phương Mai, Hà Nội, Việt Nam

²Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 40 Tràng Thi, phường Hàng Bông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài 26/9/2024; ngày chuyển phân biện 30/9/2024; ngày nhận phân biện 25/10/2024; ngày chấp nhận đăng 28/10/2024

Tóm tắt:

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị ung thư ngã ba đường mật bằng phẫu thuật với mục đích triệt căn. Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp không đối chứng được thực hiện trên 19 bệnh nhân từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023. Tuổi trung bình là 56,89±11,25 (31-68), nam chiếm 65%. Kích thước khối u 25,33±11,77 mm. Thời gian kiểm soát cuống gan và thời gian mổ trung bình lần lượt là 115,46±53,69 và 327,24±73,49 phút. Lượng máu mất trung bình trong mổ là 230,29±138,91 ml, không có tai biến trong mổ, có 8 bệnh nhân (42,1%) cần truyền máu trong mổ. Số hạch nạo vét trung bình là 14,71±6,21. 100% bệnh nhân đạt diện cắt R0 hoặc R1. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 15,8%, trong đó, suy gan chiếm 5,3%. Số ngày nằm viện trung bình sau mổ là 27 ngày, ngắn nhất 10 ngày và dài nhất 63 ngày. 1 bệnh nhân nặng xin về do suy gan (5,3%). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và không bệnh sau 3 năm lần lượt là 80 và 80,4%. Như vậy, phẫu thuật điều trị ung thư ngã ba đường mật với mục đích triệt căn là phương pháp an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: phẫu thuật tiêu hóa, phẫu thuật triệt căn, ung thư ngã ba đường mật.

Chỉ số phân loại: 2.6, 3.2

Outcomes of radical intended surgery for hilar cholangiocarcinoma in Bach Mai Hospital

Thanh Khiem Nguyen^{1*}, Ham Hoi Nguyen¹, Tuan Hiep Luong¹, Viet Anh Do¹, Van Duy Le¹, Hai Dang Do²

¹Center of Digestive Surgery, Bach Mai Hospital, 78 Giai Phong Street, Phuong Mai Ward, Hanoi, Vietnam

²Organ Transplant Center, Viet Duc University Hospital, 40 Trang Thi Street, Hang Bong Ward, Hanoi, Vietnam

Received 26 September 2024; revised 25 October 2024; accepted 28 October 2024

Abstract:

The study aimed to evaluate the results of radical resection for hilar cholangiocarcinoma. A prospective, non-controlled intervention study was performed on 19 patients from January 2021 to December 2023. The mean age was 56.89±11.25 (31-68) years and the male rate was 65%. The average tumour size was 25.33±11.77 mm. The mean time for controlling Glisson pedicles and the average operative time were 115.46±53.69 and 327.24±73.49 minutes, respectively. The mean blood loss was 230.29±138.91 ml, there were no complications during pedicle dissection, and 8 patients (42.1%) required intraoperative blood transfusion. The mean number of dissected lymph nodes was 14.71±6.21. An R0 or R1 resection margin was achieved in 100% of patients. The overall rate of postoperative complications was 15.8%, of which postoperative liver failure accounted for 5.3%. The average number of days in hospital postoperatively was 27, the shortest was 10, and the longest was 63. One critically ill patient requested to go home due to liver failure (5.3%). The 3-year-overall and disease-free survival were 80 and 80.4%, respectively. Thus, radical resection for hilar cholangiocarcinoma is a safe and effective method.

Keywords: digestive surgery, hilar cholangiocarcinoma, radical resection.

Classification numbers: 2.6, 3.2

*Tác giả liên hệ: Email: nguyenthankhiemvd@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Ung thư ngã ba đường mật, hay ung thư đường mật rốn gan (Hilar cholangiocarcinoma - u Klatskin) là một khối u ác tính xuất phát từ biểu mô đường mật rốn gan lần đầu tiên được mô tả vào năm 1965 [1, 2]. Đây là một loại ung thư có tiên lượng xấu, ít đáp ứng với điều trị toàn thân, do đó phẫu thuật vẫn là can thiệp lâm sàng quan trọng nhất đối với u Klatskin trong 20 năm qua [3]. Phẫu thuật triệt căn khối u là yếu tố then chốt để đạt được tỷ lệ sống tối ưu cho các bệnh nhân u Klatskin [4]. Tuy nhiên, để đạt được phẫu thuật triệt căn là một thách thức lớn vì liên quan đặc biệt của khối u với tĩnh mạch cửa và động mạch gan, phẫu thuật đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm chuyên sâu về gan mật tụy. Hiện có rất ít công trình nghiên cứu trong nước về điều trị phẫu thuật bệnh lý ung thư đường mật rốn gan với mục tiêu triệt căn. Tại Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai, mỗi năm ghi nhận nhiều trường hợp u Klatskin được phẫu thuật với mục đích triệt căn. Tuy nhiên, chưa có nhiều thống kê đánh giá hiệu quả cũng như biến chứng của phẫu thuật này tại Việt Nam [5, 6], do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư ngã ba đường mật tại Bệnh viện Bạch Mai”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 19 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đường mật vùng rốn gan, được phẫu thuật với mục đích triệt căn tại Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ung thư đường mật vùng rốn gan được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Bạch Mai.

- Ung thư đường mật rốn gan loại I đến loại IV theo phân loại của Bismuth-Corlette và ở giai đoạn I đến IIIb theo phân loại UICC/AJCC năm 2017.

- Không có xơ gan hay xơ gan mức độ Child A theo Child-Pugh.

- Bệnh nhân với phân loại ASA-1 và ASA-2 theo Hiệp Hội gây mê Hoa Kỳ.

- Xét nghiệm mô bệnh học sau mổ xác định là ung thư đường mật.

- Không có chống chỉ định liên quan đến phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Dựa vào tiêu chuẩn loại trừ được đề xuất bởi Jarnagin năm 2001:

Yếu tố liên quan đến u: Dựa trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ và chụp CT-scan đa dãy dựng hình:

+ U lan rộng qua chỗ chia đôi thứ 2 của đường mật cả 2 bên.

+ Teo một thùy gan với nhánh tĩnh mạch cửa bên đối diện bị thâm nhiễm hoặc bị tắc.

+ Teo một thùy gan với u thâm nhiễm qua chỗ chia đôi thứ 2 đường mật của bên đối diện.

+ U thâm nhiễm qua chỗ chia đôi thứ 2 đường mật cùng bên và thâm nhiễm hoặc làm tắc tĩnh mạch cửa bên đối diện.

Yếu tố di căn: Di căn nhóm hạch N2 (hạch quanh động mạch, tĩnh mạch chủ dưới, động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên); Di căn xa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, da được sát trùng từ xương mu đến qua hai quầng núm vú. Rạch da từ mũi ức đến bờ sườn bên phải hình chữ J. Dùng dụng cụ kéo sườn chuyên dùng cho phẫu thuật gan để nâng hai bờ sườn.

Trình tự thực hiện các bước chính trong mổ:

+ Bước 1: Thăm dò toàn ổ bụng và tổn thương, đánh giá khả năng cắt bỏ khối u.

+ Bước 2: Nạo vét hạch cuống gan và thân tạng, bộc lộ riêng các thành phần cuống gan: động mạch gan, tĩnh mạch cửa và đường mật. Cắt đầu xa của ống mật chủ thấp tối đa, phía sau đầu tụy. Sinh thiết tức thì diện cắt dưới của ống mật chủ.

+ Bước 3: Giải phóng gan, thắt các tĩnh mạch gan dưới dẫn lưu máu từ hạ phân thùy I đổ trực tiếp vào tĩnh mạch chủ.

+ Bước 4: Tùy vào vị trí khối u mà thực hiện các kỹ thuật khác nhau. Cắt đường mật ngoài gan cho loại I hoặc loại II. Thực hiện cắt gan trái trong trường hợp ung thư loại IIIb hoặc cắt gan phải cho ung thư loại IIIa, cắt gan trung tâm cho ung thư loại IV hoặc loại IIIa mà không đủ thể tích gan còn lại. Hạ phân thùy I được cắt kèm theo trong tất cả các hình thái cắt gan. Có thể thực hiện cắt động mạch gan hoặc tĩnh mạch cửa nếu u xâm lấn. Sau khi hoàn tất cắt nhu mô gan và mạch máu trong gan, đường mật được cắt sau cùng. Đường mật được cắt xa khối u ít nhất 1cm về mặt đại thể, sau đó tiến hành cắt lạnh đầu gần của đường mật. Trường hợp sinh thiết vẫn còn tế bào ác tính mà đường mật không thể cắt thêm, chúng tôi chấp nhận phẫu thuật R1.

+ Bước 5: Tạo hình các ống mật lại với nhau trước khi tiến hành nối với hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y. Trong trường hợp các ống mật cách xa nhau không thể tái tạo được, chúng tôi thực hiện nối từng ống riêng lẻ hoặc nối với nhu mô gan.

+ Bước 6: Cầm máu, đặt dẫn lưu, đóng bụng.

2.3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Phân loại khối u (theo Bismuth-Corlette) và hình thái cắt gan.

Đặc điểm kỹ thuật trong mổ: Thời gian cắt nhu mô gan (TB±SD, min-max, phút), thời gian mổ trung bình (TB±SD, min-max, phút), cắt tĩnh mạch cửa bên đối diện (n, %), cắt động mạch gan bên đối diện (n, %); Các đặc điểm khác trong mổ: Kích thước u lớn nhất (TB±SD, min-max, mm), lượng máu mất trong mổ (TB±SD, min-max, ml), truyền máu trong mổ (n, %).

Đặc điểm giải phẫu bệnh: Đại thể, vi thể theo phân loại UICC/AJCC năm 2017, phân loại phẫu thuật (R0, R1, R2). Trong đó, phẫu thuật R0: không còn u trên cả đại thể và vi thể; Phẫu thuật R1: hết u trên đại thể nhưng còn trên vi thể; Phẫu thuật R2: còn u trên đại thể.

Kết quả gần:

+ Biến chứng: Chảy máu (máu chảy qua dẫn lưu cần can thiệp mổ lại, nút mạch hoặc truyền máu); suy gan (tiêu chuẩn 50-50: PT <50% và bilirubin máu >50 μmol/l vào ngày hậu phẫu thứ 5 sau mổ cắt gan) [7]; rò mật (dựa vào tiêu chuẩn của Hội Nghiên cứu Quốc tế về Phẫu thuật Gan: nồng độ bilirubin dịch dẫn lưu cao gấp ba lần so với nồng độ bilirubin trong máu ở ngày thứ 3 sau phẫu thuật hoặc thấy rò mật qua chụp đường mật) [8]... Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo.

+ Nâng về, tử vong, số ngày nằm viện.

Kết quả xa: Ước lượng xác suất sống không bệnh và sống toàn bộ sau 3 năm.

2.4. Thống kê và xử lý số liệu

Thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

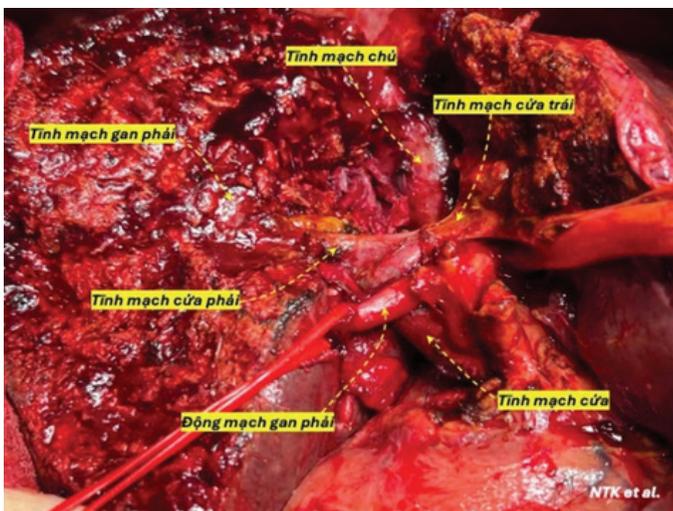
Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai.

3. Kết quả

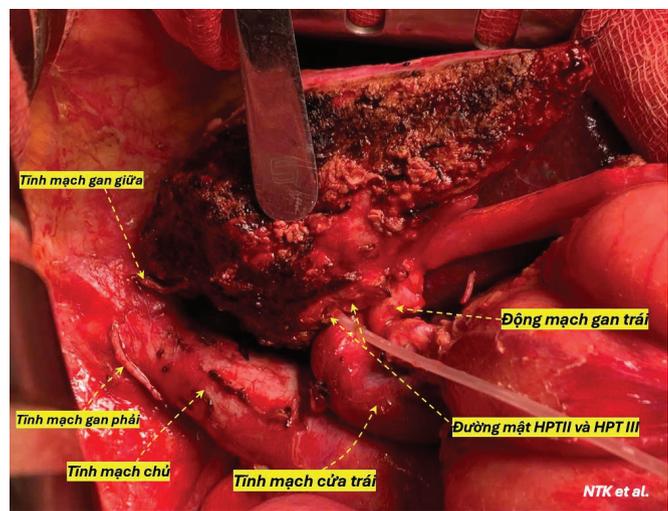
Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023 tại Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả, có 19 bệnh nhân được phẫu thuật u đường mật vùng rốn gan với mục đích triệt căn. Tuổi trung bình là 56,89±11,25 (31-68) tuổi, tỷ lệ nam giới 65%, chỉ số BMI trung bình là 21,59±3,64. Tất cả bệnh nhân được phân loại chức năng gan là Child-Pugh A, số lượng tiểu cầu trên 100.000/mm³ và tình trạng đông máu bình thường. Về triệu chứng lâm sàng, 70,6% bệnh nhân có vàng da. Về xét nghiệm, chỉ số Bilirubin toàn phần, trực tiếp có giá trị trung vị lần lượt là 67,6 và 45,8 μmol/l. Chất chỉ điểm khối u: CEA, CA 19-9 có giá trị trung vị tại thời điểm trước mổ lần lượt là 12,8 ng/ml và 478,3 U/ml.

Bảng 1. Phân loại u theo Bismuth-Corlette và phương pháp phẫu thuật (n=19).

Phương pháp phẫu thuật		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Cắt gan	Tuýp IIIa	Cắt gan phải + HPT I	3	15,8
		Cắt thùy gan phải + HPT I	2	10,5
	Tuýp IIIb	Cắt gan trái + HPT I	8	42,1
	Tuýp IV	Cắt gan trung tâm + HPT I	3	15,8
		Cắt thùy gan phải + HPT I	2	10,5
	Cắt đường mật	Tuýp II	Cắt đường mật ngoài gan	1



Hình 1. Cắt gan trung tâm. Bệnh nhân Nguyễn Thị T., nữ, 45 tuổi.



Hình 2. Cắt gan phải mở rộng. Bệnh nhân Tạ Thị C., nữ, 63 tuổi.

Kết quả bảng 1 cho thấy, 94,7% bệnh nhân là u Klatskin tủyp III và IV. Các hình thái cắt gan đa dạng, chiếm 94,7%, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là cắt gan trái (42,1%). Hình 1 và 2 là 2 bệnh nhân nữ được cắt gan trung tâm và cắt gan phải mở rộng.

Bảng 2. Các thông số trong mổ.

Đặc điểm	Kết quả	
Kích thước u lớn nhất (TB±SD, min-max, mm)	25,33±11,77 (9-45)	
Tính chất u	Thê khối (n, %)	15 (78,9%)
	Thê thâm nhiễm (n, %)	4 (21,1%)
Thời gian cắt nhu mô gan (TB±SD, min-max, phút)	87,54±33,79 (40-200)	
Thời gian mổ trung bình (TB±SD, min-max, phút)	327,24±73,49 (200-448)	
Cắt tĩnh mạch cửa bên đối diện (n, %)	4 (21,1%)	
Cắt động mạch gan bên đối diện (n, %)	1 (5,3%)	
Lượng máu mất trong mổ (TB±SD, min-max, ml)	230,29±138,91 (100-700)	
Truyền máu trong mổ (n, %) (Khi lượng máu mất trong mổ trên 500 ml)	8 (42,1%)	

Kết quả bảng 2 cho thấy, thời gian cắt nhu mô gan và thời gian mổ trung bình lần lượt là 87,54±33,79 và 327,24±73,49 phút. 21,1% trường hợp có cắt mạch máu kèm theo.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh.

Đặc điểm	n=19	
T	T1	2 (10,5)
	T2	13 (68,4%)
	T3	3 (15,8%)
	T4	1 (5,3%)
N	N0	11 (57,9%)
	N1	8 (42,1%)
Tổng số hạch nạo vét (TB±SD, min-max)	14,71±6,21 (9-24)	
Số hạch nạo vét dương tính (TB±SD, min-max)	1,8±2,2 (0-8)	
Diện cắt đường mật	R0	15 (78,9%)
	R1	4 (21,1%)

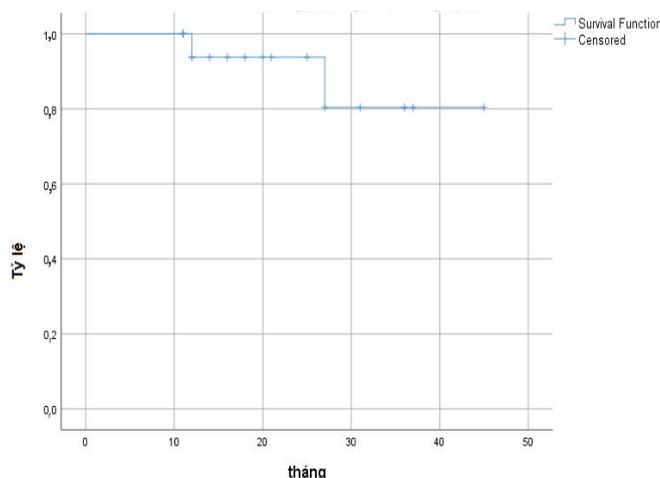
Kết quả bảng 3 cho thấy, 78,9% bệnh nhân giai đoạn u T1 hoặc T2, 42,1% có di căn hạch 100% bệnh nhân đạt diện cắt R0 hoặc R1, trong đó tỷ lệ diện cắt R1 là 21,1%.

Bảng 4. Kết quả sớm sau mổ.

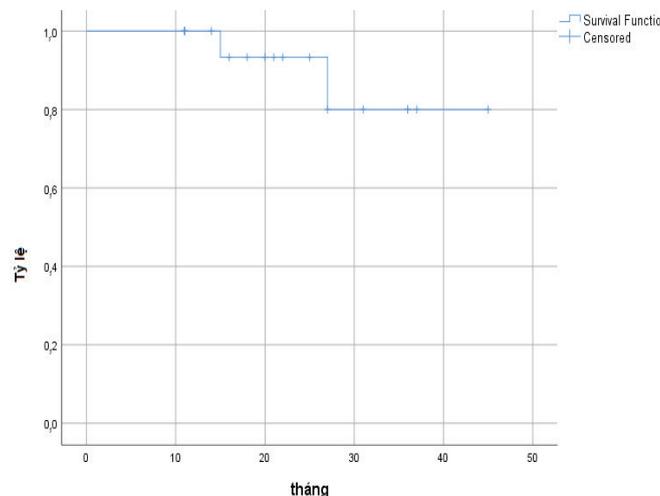
Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Clavien-Dindo	
Biến chứng sau mổ	Chảy máu*	1	5,3	IVb
	Suy gan*	1	5,3	II
	Rò mật	2	10,5	II
	Nhiễm trùng vết mổ	1	5,3	II
Nặng xin về - tử vong*	1	5,3	IVb	
Số ngày nằm viện trung bình (ngày)	27±13 (10-63)			

*: Cùng 1 người bệnh.

Kết quả bảng 4 cho thấy, tỷ lệ biến chứng chung là 15,8%, nặng xin về - tử vong chiếm 5,3%.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ.

Thời gian theo dõi trung bình là 35 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và không bệnh sau 3 năm lần lượt là 80 và 80,4% (Biểu đồ 1 và 2). Phân tích đa biến bằng mô hình hồi quy Cox, các yếu tố như diện cắt đường mật (R0 so với R1), tình trạng di căn hạch (có hoặc không), mức độ xâm lấn u tại chỗ (T 1,2 so với T 3,4) đều không ảnh hưởng tới thời gian sống thêm không bệnh và toàn bộ.

4. Bàn luận

Ý kiến lâm sàng hiện nay vẫn cho rằng, cắt đường mật ngoài gan là đủ cho bệnh nhân loại Bismuth-Corlette loại I và nên kết hợp với cắt thùy gan đuôi cho bệnh nhân loại Bismuth-Corlette loại II [4]. Đối với các bệnh nhân loại Bismuth-Corlette loại III và một số bệnh nhân loại IV, thường khuyến cáo kết hợp với cắt gan bán phần (cắt gan phải - trái) hoặc cắt gan bán phần mở rộng (cắt thùy gan phải, cắt gan trái mở rộng) [4, 9]. Tại trung tâm của chúng tôi, về phân loại u theo Bismuth-Corlette, 94,7% bệnh nhân

là u Klatskin tuýp III hoặc IV, chỉ có 1 trường hợp là u Klatskin tuýp II. Về hình thái cắt gan, có 2 trường hợp cắt gan trung tâm với u Klatskin tuýp IV và 4 trường hợp cắt thùy gan phải với u Klatskin tuýp IIIa, IV. 100% bệnh nhân u Klatskin tuýp III, IV của chúng tôi được phẫu thuật cắt phân thùy đuôi, điều này đảm bảo phẫu thuật triệt căn cũng như hạn chế nguy cơ rò mật sau mổ.

Kỹ thuật cắt thùy gan phải kèm cắt đường mật ngoài gan nguyên khối (hilar en bloc resection) và không chạm u (no-touch technique) với u Klatskin lần đầu tiên được mô tả bởi P. Neuhaus và cs (1999) [10]. Một trong những tiêu chí quan trọng của kỹ thuật này là diện cắt các ống gan phân thùy bên được cắt bên trái và trên “Khe rốn” (umbilical fissure) [11]. Với u Klatskin tuýp IV, phẫu thuật cắt thùy gan phải thường được lựa chọn hơn cắt gan trái mở rộng vì về mặt giải phẫu, phần ống gan trái ngoài gan dài hơn so với ống gan phải. Về mặt giải phẫu, đây cũng là kỹ thuật dễ thực hiện nhất trong các phẫu thuật cắt gan lớn, vì diện cắt nhu mô gan là nhỏ nhất. Tuy nhiên, khi xem xét chức năng gan, đây là phương pháp cắt bỏ rộng rãi nhất. Vì vậy, đánh giá chức năng gan trước mổ và ước tính thể tích gan cắt bỏ là rất quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp u Klatskin tuýp IIIa được thực hiện theo cắt thùy gan phải do một số nguyên nhân sau: về mặt kỹ thuật, cắt thùy gan phải đơn giản hơn cắt gan phải do diện cắt nhu mô gan nhỏ hơn; trước mổ, chúng tôi đã đánh giá chức năng gan và ước lượng thể tích gan những trường hợp này là phù hợp cho cắt thùy gan phải; các nghiên cứu cho thấy, cắt thùy gan phải có thể mang lại một phần ống gan trái cắt bỏ dài hơn khoảng 10 mm so với cắt gan phải, do đó dẫn tới tỷ lệ diện cắt trên âm tính cao hơn đáng kể [11]; cuối cùng, diện cắt gan cách xa các thành phần còn lại của cuống gan giúp tạo không gian tạo hình mạch máu trong trường hợp u xâm lấn động mạch gan hoặc tĩnh mạch cửa.

Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp u Klatskin được phẫu thuật cắt gan trung tâm. Hình thái cắt gan này có thể giữ lại tới 35% nhu mô gan chức năng so với các hình thái cắt gan mở rộng khác [12]. Phương pháp này chưa được chấp nhận rộng rãi như một sự thay thế cho các hình thái cắt gan mở rộng khác do tính tương đương về mặt ung thư học còn chưa rõ ràng và độ phức tạp kỹ thuật cao hơn. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gần đây cho thấy, cắt gan trung tâm trong u Klatskin có thể bảo tồn nhiều thể tích gan chức năng hơn trong khi vẫn đảm bảo diện cắt âm tính [13]. Nguyên nhân được tác giả đưa ra: diện cắt ống gan hai bên trong cắt gan trung tâm tương đương với diện cắt trong cắt gan trái mở rộng cộng với cắt thùy gan phải, và dài hơn đáng kể diện cắt trong cắt gan trái hoặc cắt gan phải [14].

Vì vậy, chúng tôi cho rằng, cắt gan trung tâm hoàn toàn có thể áp dụng với u Klatskin tuýp III - IV trong các trường hợp thể tích gan không đủ cho các hình thái cắt gan lớn hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi lần lượt có 4 bệnh nhân (21,1%) và 1 bệnh nhân (5,3%) có cắt tĩnh mạch cửa và động mạch gan bên đối diện kèm theo. Không tái tạo lại sau khi cắt bỏ động mạch gan làm tăng đáng kể nguy cơ suy gan sau phẫu thuật và tử vong [4]. U Klatskin dễ xâm lấn vào động mạch gan, và sự thành công của tái tạo động mạch bị hạn chế bởi mức độ xâm lấn khối u và độ khó của cuộc phẫu thuật. Hơn nữa, có một số tranh luận về sự cần thiết của việc tái tạo mạch máu. Kết quả của nghiên cứu của B. Li và cs (2023) [4] cho thấy, tái tạo động mạch gan bên còn lại là quan trọng để giảm nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật nghiêm trọng ở u Klatskin. 100% bệnh nhân đạt diện cắt R0 hoặc R1, trong đó 78,9% đạt R0, cao hơn so với kết quả của N.H. Hoang (2018) [6]. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và không bệnh sau 3 năm lần lượt là 80 và 80,4%. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới, với thời gian sống thêm toàn bộ dao động trong khoảng 50-70% [15, 16].

Về kết quả sớm sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp biến chứng IVb trở lên (5,3%). Đây là trường hợp chảy máu sau cắt gan trái kèm cắt đoạn tĩnh mạch cửa phải và bóc lớp áo ngoài động mạch gan phải. Tỷ lệ biến chứng nặng của chúng tôi tương đương với các tác giả khác trên thế giới, 1-10% tùy từng trung tâm [11, 17]. Một số nghiên cứu cho thấy, tạo hình mạch máu (tĩnh mạch cửa và động mạch gan) trong phẫu thuật u Klatskin làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong [16, 18, 19]. Bệnh nhân nặng xin về trong nghiên cứu của chúng nằm trong nhóm phẫu thuật có nguy cơ cao: cắt tạo hình tĩnh mạch cửa và bóc lớp áo ngoài động mạch gan. Như vậy, nhìn chung phẫu thuật cắt gan điều trị u Klatskin vẫn là một phẫu thuật phức tạp, nguy cơ cao, cần được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật gan mật lớn với những phẫu thuật viên gan mật có kinh nghiệm.

Bên cạnh những ưu điểm, nghiên cứu này cũng có hạn chế cần xem xét. Cụ thể, nghiên cứu này là một nghiên cứu quan sát hồi cứu, đơn trung tâm, với cỡ mẫu còn hạn chế.

5. Kết luận

Điều trị khối u ngã ba đường mật bằng phẫu thuật với mục đích triệt căn là phương pháp an toàn, hiệu quả, với các kết quả sớm và xác suất sống 3 năm sau mổ tương đối khả quan. Tuy nhiên, phẫu thuật đòi hỏi nhiều hình thái cắt gan phức tạp, nên được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật gan mật tùy với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] G. Klatskin (1965), “Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. An unusual tumor with distinctive clinical and pathological features”, *Am. J. Med.*, **38**, pp.241-256, DOI: 10.1016/0002-9343(65)90178-6.
- [2] N.F. Esnaola, J.E. Meyer, A. Karachristos, et al. (2016), “Evaluation and management of intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma”, *Cancer*, **122(9)**, pp.1349-1369, DOI: 10.1002/cncr.29692.
- [3] U. Cillo, C. Fondevila, M. Donadon, et al. (2019), “Surgery for cholangiocarcinoma”, *Liver Int.*, **39**, Suppl. 1, pp.143-155, DOI: 10.1111/liv.14089.
- [4] B. Li, Z. Li, Z. Qiu, et al. (2023), “Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: Retrospective analysis”, *BJS Open*, **7(3)**, DOI: 10.1093/bjsopen/zrad024.
- [5] H.L. Do (2018), *The Role of Radical Surgery in The Treatment of Hilar Biliary Tract Cancer*, Doctoral Thesis, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City (in Vietnamese).
- [6] N.H. Hoang (2018), *Research on Surgical Treatment of Hilar Cholangiocarcinoma (Klatskin Tumor) at Viet Duc Friendship Hospital*, Doctoral Thesis, Hanoi Medical University (in Vietnamese).
- [7] N.N. Rahbari, O.J. Garden, R. Padbury, et al. (2011), “Posthepatectomy liver failure: A definition and grading by the international study group of liver surgery (ISGLS)”, *Surgery*, **149(5)**, pp.713-724, DOI: 10.1016/j.surg.2010.10.001.
- [8] M. Koch, O.J. Garden, R. Padbury, et al. (2011), “Bile leakage after hepatobiliary and pancreatic surgery: A definition and grading of severity by the international study group of liver surgery”, *Surgery*, **149(5)**, pp.680-688, DOI: 10.1016/j.surg.2010.12.002.
- [9] M.K. Turgeon, S.K. Maithel (2019), “Cholangiocarcinoma: A site-specific update on the current state of surgical management and multi-modality therapy”, *Chin. Clin. Oncol.*, **9(1)**, DOI: 10.21037/cco.2019.08.09.
- [10] P. Neuhaus, S. Jonas, W.O. Bechstein, et al. (1999), “Extended resections for hilar cholangiocarcinoma”, *Ann. Surg.*, **230(6)**, pp.808-818, DOI: 10.1097/00000658-199912000-00010.
- [11] N. Matsumoto, T. Ebata, Y. Yokoyama, et al. (2014), “Role of anatomical right hepatic trisectionectomy for perihilar cholangiocarcinoma”, *British Journal of Surgery*, **101(3)**, pp.261-268, DOI: 10.1002/bjs.9383.
- [12] E. Ramos (2013), “Principles of surgical resection in hilar cholangiocarcinoma”, *World J. Gastrointest. Oncol.*, **5(7)**, pp.139-146, DOI: 10.4251/wjgo.v5.i7.139.
- [13] D. Wang, W. Sun, S. Zhou, et al. (2023), “Application of mesohepatectomy with caudate lobectomy for the treatment of type III-IV hilar cholangiocarcinoma: A single-center retrospective study”, *European Journal of Medical Research*, **28(1)**, DOI: 10.1186/s40001-023-01209-0.
- [14] T. Hirose, T. Igami, T. Ebata, et al. (2015), “Surgical and radiological studies on the length of the hepatic ducts”, *World J. Surg.*, **39(12)**, pp.2983-2989, DOI: 10.1007/s00268-015-3201-7.
- [15] A. Campisi, Y. Kawaguchi, K. Ito, et al. (2024), “Right hepatectomy compared with left hepatectomy for resectable Klatskin tumor: A systematic review across tumor types”, *Surgery*, **176(4)**, pp.1018-1028, DOI: 10.1016/j.surg.2024.07.001.
- [16] Y. Song, Y. Zhang, Z. Zhen, et al. (2022), “Effects of portal vein resection and hepatic artery resection on long-term survival in Klatskin tumor: A meta-analysis”, *World Journal of Surgical Oncology*, **20(1)**, DOI: 10.1186/s12957-022-02692-1.
- [17] G. Nuzzo, F. Giuliani, F. Ardito, et al. (2012), “Improvement in perioperative and long-term outcome after surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: Results of an Italian multicenter analysis of 440 patients”, *Archives of Surgery*, **147(1)**, pp.26-34, DOI: 10.1001/archsurg.2011.771.
- [18] H. Marques, B.M. Clary, T.W. Bauer, et al. (2012), “The impact of portal vein resection on outcomes for hilar cholangiocarcinoma: A multi-institutional analysis of 305 cases”, *Cancer*, **118(19)**, pp.4737-4747, DOI: 10.1002/cncr.27492.
- [19] X.S. Wu, P. Dong, J. Gu, et al. (2013), “Combined portal vein resection for hilar cholangiocarcinoma: A meta-analysis of comparative studies”, *Journal of Gastrointestinal Surgery*, **17(6)**, pp.1107-1115, DOI: 10.1007/s11605-013-2202-9.