

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U ĐẶC GIẢ NHÚ THÂN ĐUÔI TUYỆT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

*Ninh Việt Khải<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Toàn<sup>2</sup>, Hồ Chí Thanh<sup>2\*</sup>*

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u đặc giả nhú (solid pseudopapillary neoplasms - SPNs) thân đuôi tụy. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 39 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán SPNs ở thân đuôi tụy, được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/12/2014 - 30/11/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $27,3 \pm 11,15$ , nữ giới chiếm 94,9%, triệu chứng đau bụng là 72,8%, khám bụng không có triệu chứng là 89,7%. Tỷ lệ có CA 19-9 > 37 U/mL trong máu là 17,1%. Siêu âm bụng thấy u có cấu trúc hỗn hợp đặc nang là 51,4%, có ranh giới rõ là 81,1%. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng xác định kích thước u trung bình là  $59,5 \pm 28,2$ mm, u ngấm thuốc ít là 78,4%, không xâm lấn mạch là 97,3% và có vỏ là 29,7%. Mô bệnh học dạng đặc nang là 59%, dạng đặc là 28,2% và dạng nang là 12,8%. **Kết luận:** Độ tuổi mắc bệnh thường trẻ, phổ biến ở nữ, đau bụng là chủ yếu, khám triệu chứng thực thể không điển hình. Siêu âm có cấu trúc hỗn hợp đặc nang, ranh giới rõ, chụp CLVT có hình ảnh ngấm thuốc ít, không xâm lấn mạch là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.

**Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng; U đặc giả nhú; U tụy.

## CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF SOLID PSEUDOPAPILLARY NEOPLASMS OF THE PANCREATIC BODY AND TAIL AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

### Abstract

**Objectives:** To describe clinical and paraclinical characteristics of solid pseudopapillary neoplasms (SPNs) located in the body and tail of the pancreas.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

\*Tác giả liên hệ: Hồ Chí Thanh (hochithanhbv103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 19/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 23/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1639>

**Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted on 39 patients who were diagnosed with SPNs in the pancreatic body or tail and underwent surgery at Viet Duc University Hospital from December 1, 2014 to November 30, 2019.

**Results:** The mean age was  $27.3 \pm 11.15$  years, 94.9% were females, abdominal pain symptom was 72.8%, and abdominal examination showed no symptoms in 89.7%. The rate of CA 19-9  $> 37$  U/mL in blood was 17.1%. Abdominal ultrasound showed that tumors had a mixed solid-cystic structure in 51.4% and clear boundaries in 81.1%. Abdominal CT scan showed a mean tumor size of  $59.5 \pm 28.2$ mm, a rate of tumors with low contrast enhancement of 78.4%, non-vascular invasion of 97.3% and capsule of 29.7%. Histopathology: Solid was 28.2%, cystic was 12.8% and mixed was 59%. **Conclusion:** The age of onset is young, often in women, abdominal pain is the main symptom, and the symptoms are atypical on physical examination. A mixed solid-cystic with clear boundaries on Ultrasound, and a low-contrast image without vascular invasion on CT scan are important factors in diagnosis and treatment.

**Keywords:** Clinical and paraclinical characteristics; Solid pseudopapillary neoplasms; Pancreatic tumor.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

U đặc giả nhú là khối u tụy ngoại tiết hiếm gặp, chiếm khoảng 1 - 2% trong u tụy, được tác giả Gruber Frantz mô tả lần đầu tiên vào năm 1959. Từ năm 2010, WHO đã xếp SPNs có loạn sản cao vào nhóm ung thư tụy ngoại tiết [1]. Phẫu thuật là biện pháp tốt nhất để điều trị SPNs, tuy nhiên, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu, do vậy chẩn đoán xác định trước mổ còn khó khăn [2]. Tác giả Zhao M và CS nghiên cứu 120 ca nhận thấy cấu trúc u đặc, ngấm thuốc ít, và ranh giới u rõ là các yếu tố quan trọng để chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật SPNs [3]. Tác giả Pawlak và CS đánh giá vai trò của siêu

âm nội soi để chẩn đoán SPNs nhận thấy không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, sinh thiết u qua siêu âm nội soi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán SPNs [4].

Tại Việt Nam còn ít tác giả nghiên cứu về SPNs: Năm 2021, tác giả Nguyễn Minh Trọng đánh giá kết quả phẫu thuật trên 24 BN SPNs [5], năm 2023 tác giả Phạm Duy Hiền đánh giá kết quả phẫu thuật SPNs trên 15 trẻ em [6], tuy nhiên chưa có tác giả nào đề cập chi tiết đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng SPNs ở thân đuôi tụy. Để tìm hiểu thêm các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng có giá trị trong chẩn đoán SPNs, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận*

*lâm sàng SPNs thân đuôi tụy được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 39 BN được chẩn đoán SPNs ở thân đuôi tụy, được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/12/2014 - 30/11/2019.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN có khối u ở vùng thân đuôi tụy, được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/12/2014 - 31/11/2019, kết quả giải phẫu bệnh bằng nhuộm Hematoxylin - Eosin và PAS là SPNs.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* SPNs tái phát, có ung thư ở cơ quan khác.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

\* *Chọn mẫu, cỡ mẫu:* Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

\* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

Lâm sàng: Tuổi, giới tính, thể trạng BN; triệu chứng cơ năng: Chán ăn, đau bụng, nôn, buồn nôn, thời gian mắc bệnh; triệu chứng thực thể: Sút cân (kg); hẹp môn vị, sờ thấy khối u.

Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu: CEA (ng/mL), CA19-9 (U/mL); kết quả mô bệnh học: Giả nhú đặc, giả nhú

nang, giả nhú đặc nang; kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch; siêu âm: Vị trí u, kích thước u, ranh giới u, vỏ u, cấu trúc u, calci hóa trong u, đường kính ống Wirsung; chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang: Vị trí u, kích thước u, ranh giới u, vỏ u, cấu trúc u, calci hóa trong u, tính chất ngấm thuốc, dịch ổ bụng, ống Wirsung, xâm lấn mạch máu, huyết khối, tình trạng di căn xa.

\* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Học viện Quân y thông qua và cho phép thực hiện theo Quyết định số 4033/QĐ-HVQY ngày 20/9/2024. Mọi thông tin của người bệnh chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không vì mục đích khác. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu trên 39 BN chẩn đoán SPNs ở thân đuôi tụy, được phẫu thuật cắt thân đuôi tụy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/12/2014 - 30/11/2019 cho thấy: Tuổi trung bình là  $27,3 \pm 11,15$ , thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 58 tuổi. Giới tính: 2 BN nam (5,1%), 37 BN nữ (94,9%).

**Bảng 1.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

| Triệu chứng lâm sàng       | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|-----------|-----------|
| Đau bụng                   | 28        | 72,8      |
| Nôn                        | 1         | 2,6       |
| Sút cân                    | 2         | 5,1       |
| Sờ thấy khối u             | 4         | 10,3      |
| Phát hiện tình cờ          | 10        | 25,6      |
| CEA < 5 ng/mL (n = 35)     | 35        | 100       |
| CA 19-9 > 37 U/mL (n = 35) | 6         | 17,1      |

Đau bụng là triệu chứng cơ năng hay gặp nhất (72,8%).

**Bảng 2.** Kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.

| Mô bệnh học (n = 39)     | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Giả nhú đặc              | 11        | 28,2      |
| Giả nhú nang             | 5         | 12,8      |
| Giả nhú đặc nang         | 23        | 59,0      |
| Hóa mô miễn dịch (n = 7) |           |           |
| CK                       | 3         | 42,9      |
| CD10                     | 5         | 71,4      |
| CD56                     | 5         | 71,4      |
| Vimentin                 | 6         | 85,7      |
| PCNA                     | 1         | 14,3      |
| β catenin                | 4         | 57,1      |
| Ki67                     | 5         | 71,4      |

Dạng mô bệnh giả nhú đặc nang chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), hóa mô miễn dịch được làm ở 7 ca, tỷ lệ dương tính với Vimentin cao nhất là 85,7%; CD10, CD56, Ki67 đều dương tính với 71,4%.

**Bảng 3.** Đặc điểm siêu âm (n = 35).

| Chỉ tiêu nghiên cứu | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|-----------|-----------|
| Có dịch ổ bụng      | 1         | 2,9       |
| Vỏ u                |           |           |
| Có vỏ               | 7         | 20        |
| Không vỏ            | 28        | 80        |
| Ranh giới           |           |           |
| Rõ                  | 28        | 80        |
| Không rõ            | 7         | 20        |
| Cấu trúc u          |           |           |
| Tăng âm             | 8         | 22,9      |
| Giảm âm             | 9         | 25,7      |
| Hỗn hợp đặc nang    | 18        | 51,4      |
| Calci hóa trong u   | 2         | 5,7       |
| Ống tụy giãn        | 2         | 5,7       |

Cấu trúc hỗn hợp đặc nang là 51,4%, ranh giới u rõ với mô tụy là 80%, tỷ lệ Calci hóa trong u thấp (5,7%).

**Bảng 4.** Đặc điểm chụp CLVT (n = 37).

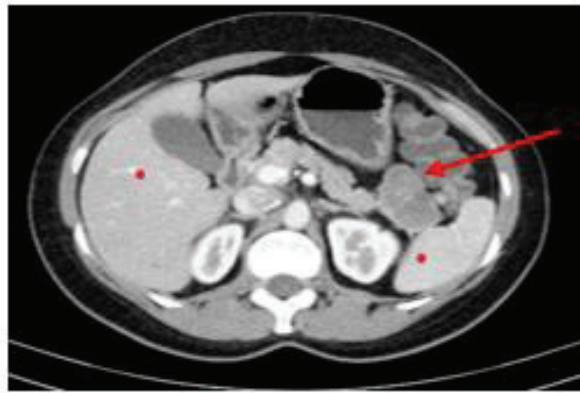
| Chỉ tiêu nghiên cứu   | Số BN (n)       | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|-----------------|-----------|
| Kích thước u          |                 |           |
| $\bar{X} \pm SD$ (mm) | 59,5 $\pm$ 28,2 |           |
| < 3cm                 | 4               | 10,8      |
| 3 - 6cm               | 19              | 51,4      |
| > 6cm                 | 14              | 37,8      |
| Ranh giới             |                 |           |
| Rõ                    | 30              | 81,1      |
| Không rõ              | 7               | 18,9      |
| Vỏ u                  |                 |           |
| Có                    | 11              | 29,7      |
| Không                 | 26              | 70,3      |

| Chỉ tiêu nghiên cứu | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|-----------|-----------|
| Tỷ trọng            |           |           |
| Tăng                | 7         | 18,9      |
| Đồng                | 3         | 8,1       |
| Giảm                | 14        | 37,8      |
| Hỗn hợp             | 13        | 35,2      |
| Calci hóa           |           |           |
| Có                  | 8         | 21,6      |
| Không               | 29        | 78,4      |
| Ngấm thuốc          |           |           |
| Không               | 2         | 5,4       |
| ít                  | 29        | 78,4      |
| Mạnh                | 6         | 16,2      |
| Ống tụy             |           |           |
| Giãn                | 2         | 5,4       |
| Không               | 35        | 94,6      |
| Xâm lấn mạch        |           |           |
| Có                  | 1         | 2,7       |
| Không               | 36        | 97,3      |

Phần lớn u ngấm thuốc ít (78,4%), ranh giới rõ (81,1%), có vỏ u (29,7%).



**Hình 1.** Khối SPNs ở thân đuôi tụy  
(Nguồn: BN Lê Thị H, 39 tuổi; số NC 20).



**Hình 2.** Khối u SPNs ở đuôi tụy  
(Nguồn: BN Nguyễn Thị T, 30 tuổi; số NC26).

**Bảng 5.** Liên quan giữa CA 19.9 với kích thước u.

| CA 19-9        | Kích thước u |                       |                |      |
|----------------|--------------|-----------------------|----------------|------|
|                | n            | $\bar{X} \pm SD$ (mm) | Min - Max (mm) | p    |
| > 37 U/mL      | 6            | 62,83 $\pm$ 23,490    | 29 - 98        | 0,78 |
| $\leq$ 37 U/mL | 29           | 58,45 $\pm$ 31,251    | 19 - 124       |      |
| Tổng           | 35           | 59,20 $\pm$ 29,803    | 19 - 124       |      |

CA 19-9 và kích thước u không có mối liên quan với  $p > 0,05$ .

## BÀN LUẬN

### 1. Tuổi và giới tính

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $27,3 \pm 11,15$ , thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 58 tuổi. Nữ là chủ yếu (94,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Allam M với tuổi trung bình là 30, nữ chiếm 84% [2], nghiên cứu của Zhao M với tuổi trung bình là 32,5, nữ chiếm 80% [3]. Tác giả Pawlak KM và CS nghiên cứu 106 ca SPNs cho thấy tuổi trung bình là 26 và nữ chiếm 89,6% [4]. SPNs phần lớn ở

nữ, có thể do tế bào u bắt nguồn từ các tế bào liên quan đến mào sinh dục, phôi buồng trứng và được gắn vào mô tụy trong quá trình phôi thai sớm. Ngoài ra, hormone sinh dục progesterone có liên quan tới SPNs vì các thụ thể progesterone biểu hiện phổ biến trong các tế bào SPNs.

### 2. Triệu chứng lâm sàng

Đau bụng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất, là lý do khiến BN đi khám (72,8%), các triệu chứng nôn, sút cân lần lượt là 2,6% và 5,1%. Phần lớn



khi khám không có triệu chứng thực thể (89,7%), chỉ có 10,3% khi khám sờ thấy khối u ở vùng thượng vị hạ sườn trái (*Bảng 1*). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Yu PF và CS khi nghiên cứu 553 ca SPNs nhận thấy 31,7% không có triệu chứng, đau bụng là 37,6%, nôn là 5,2% và sờ thấy khối u là 35,9% [1]. Tác giả Allam cho thấy đau bụng là 58%, phát hiện tình cờ là 11%, rối loạn chức năng gan và vàng da là 5% [2]. Tác giả Pawlak KM khảo sát 106 ca SPNs thấy triệu chứng đau bụng là 75,5%, tác giả Zhao M và CS cũng cho thấy triệu chứng đau bụng với 26,7%, tình cờ đi khám phát hiện là 59,1% [3, 4]. Như vậy có thể thấy triệu chứng lâm sàng của SPNs không đặc hiệu, nhất là khi u ở thân đuôi tụy, dễ chẩn đoán bệnh chủ yếu phát hiện nhờ tình cờ hoặc sử dụng các biện pháp chẩn đoán cận lâm sàng.

### 3. Mô bệnh học và chất chỉ điểm khối u

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 35 ca được xét nghiệm CEA, CA 19-9, kết quả CEA đều bình thường, chỉ số CA 19-9 tăng ở 17,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Wang X và CS khi nhận thấy các giá trị CEA, CA 19-9 và CA125 của BN gần như đều trong giới hạn bình thường [7]. Nghiên cứu các chất chỉ

điểm khối u trong SPNs, Aydiner F và CS cho thấy tế bào SPNs không có nguồn gốc từ tế bào biểu mô ống tụy điển hình, có thể từ các tế bào đa tiềm năng hoặc tế bào mầm trong tụy, hoặc có thể có liên quan đến các tế bào buồng trứng lạc chỗ, do vậy, chúng không sản xuất CA 19-9 một cách đáng kể, nên tỷ lệ CA 19-9 tăng không cao [8]. Tác giả Allam M và CS cho thấy CEA, CA 19-9 không tăng trong SPNs, tỷ lệ dương tính với Beta catenin, CD10, Vimentin là 100%, âm tính với Chromogranin [2].

Mô bệnh học của SPNs thường thấy hai dạng: Dạng giả nhú là các tế bào đa diện đồng nhất được sắp xếp xung quanh các cuống mạch nhỏ, thường được hyalin hóa; dạng đặc có thể thấy các tế bào tân sinh với bào chất dạng đặc hoặc các tinh thể cholesterol được bao quanh bởi các tế bào dị vật. Một số ít trường hợp, có sự xâm lấn mạch máu, mô tân sinh thường được phân định rõ với tuyến tụy bình thường, mặc dù có thể không có bao xơ và tế bào u có thể xâm lấn vào mô tụy xung quanh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cấu trúc u dạng hỗn hợp đặc nang chiếm tỷ lệ cao nhất (59,0%); dạng đặc (28,2%) và dạng nang là 12,8% (*Bảng 2*). Nghiên cứu của Wang và CS trên 63 trường hợp SPNs cho thấy cấu trúc đặc là 41,3%, nang là 3,2% và dạng hỗn hợp là 55,5% [7].



Nhuộm hóa mô miễn dịch được làm trên 7 ca, kết quả dương tính với Vimentin gặp nhiều nhất (85,7%); các chỉ số CD10, CD56 và Ki 67 dương tính là 71,4%;  $\beta$ -catenin, CK ít gặp hơn và PCNA ít gặp nhất với 14,3%. Nghiên cứu của Wang cho thấy  $\beta$ -catenin và CD56 được biểu hiện dương tính ở 100%; CD10 ở 89,5%; CD99 và Ki 67 ở 88,9% [7].

#### 4. Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh đầu tiên xác định khối bất thường ở tụy, giúp định hướng chẩn đoán SPNs. Kết quả ở bảng 3 cho thấy đặc điểm u trên siêu âm là ranh giới rõ (80%), có vỏ (22,9%), cấu trúc u tăng âm (22,9%), giảm âm (25,7%) và hỗn hợp âm đặc nang (51,4%). Có 2 trường hợp calci hóa trong u, 2 trường hợp ống tụy giãn đều chiếm 5,4%. Tác giả Tang S khảo sát hình ảnh SPNs trên siêu âm ở 5 ca thấy các khối u thường tròn, có vỏ bọc rõ ràng, 2 khối có hình ảnh hỗn hợp nang đặc, 3 khối đặc, 1 khối có vôi hóa. Hình ảnh siêu âm rõ nét hơn khi tiêm chất cản quang cho thấy đường viền u ranh giới rõ và sự tăng cường không đồng nhất trong u [9]. Tác giả Pawlak KM khảo sát 106 ca SPNs trên siêu âm nội soi thấy hình ảnh đặc (55,7%), hỗn hợp đặc nang (33,0%) và 11,3% là nang [4]. Các nghiên cứu khác

cũng ghi nhận ranh giới u rõ và có vỏ, mật độ hỗn hợp âm đặc nang, vôi hóa, là hình ảnh gợi ý chẩn đoán SPNs.

Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang là chẩn đoán hình ảnh có hiệu quả trong chẩn đoán các bệnh lý tụy. Kết quả chụp CLVT ở 37 ca SPNs tại bảng 4 cho thấy ranh giới u rõ là 81,1%, u có vỏ là 29,7%, tỷ trọng u tăng là 18,9%, đồng tỷ trọng là 8,1%, giảm là 37,8%, hỗn hợp là 35,2%. Tính chất u ngấm thuốc ít chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,4%, không ngấm thuốc là 5,4%, calci hóa trong u gặp ở 21,6%, có 2 trường hợp ống tụy giãn (5,4%) và 1 trường hợp xâm lấn mạch (2,7%). Hình 1 là khối SPNs ở thân đuôi tụy, ranh giới rõ, ngấm thuốc ít, tỷ trọng hỗn hợp; hình 2 là khối SPNs ở đuôi tụy, ranh giới rõ, ngấm thuốc ít, đồng tỷ trọng. Tác giả Zhao M và CS khảo sát thông qua CLVT trên 120 ca, chẩn đoán đúng SPNs là 43,3%, tác giả nhận thấy ranh giới u rõ, không ngấm thuốc, có bao nang và đường viền là những yếu tố độc lập trong chẩn đoán SPNs [3].

Kích thước u trên hình ảnh CLVT trung bình là  $59,5 \pm 28,2$ mm, nhóm từ 30 - 60mm có tỷ lệ nhiều nhất (51,4%). Nghiên cứu của Zhao M và CS cho thấy kích thước u SPNs ở nhóm chẩn đoán đúng trung bình là 4,28cm, lớn hơn kích thước ở nhóm chẩn đoán không đúng là 3,72cm [3]. Khảo sát liên quan giữa

kích thước u với nhóm xét nghiệm CA 19-9 tăng, chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa kích thước u với giá trị CA 19-9 trong máu với  $p > 0,05$  (Bảng 5). Tác giả De Robertis R và CS khảo sát kích thước u trên CLVT ở 106 ca SPNs nhận thấy kích thước u không liên quan đến mức độ ác tính, tình trạng xâm lấn và di căn. Kích thước u  $< 30\text{mm}$  có đặc điểm hình ảnh không điển hình và dễ nhầm với các loại u khác [10].

### KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh thường là trẻ, hầu hết là nữ, không có triệu chứng đặc hiệu, đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất. Siêu âm bụng thường thấy khối hỗn hợp âm đặc nang ở vùng thân đuôi tụy, ranh giới rõ. Chụp CLVT u ngấm thuốc ít, calci hóa trong u và có bao nang có ý nghĩa trong chẩn đoán SPNs.

**Hạn chế của nghiên cứu:** Đây là bệnh hiếm gặp, số lượng ít, là nghiên cứu hồi cứu nên một số chỉ tiêu cận lâm sàng không được làm 100% (siêu âm được 35 ca, chụp CLVT được 37 ca và chỉ 7 ca được làm hóa mô miễn dịch (hóa mô miễn dịch mới được làm ở thời gian gần đây)).

**Lời cảm ơn:** Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã giúp đỡ chúng tôi thực hiện và hoàn thành nghiên cứu này.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yu P, Hu Z, Wang X, et al. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: A review of 553 cases in Chinese literature. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2010; 16(10):1209.
2. Allam M, Salinas H, Machairas N, et al. Solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas: A single-center experience and review of the literature. *J Gastrointest Cancer*. 2022; 53(2):460-465.
3. Zhao M, Wang J, Lai J, et al. Solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas (SPNs): Diagnostic accuracy of CT and CT imaging features. *World J Surg Oncol*. 2024; 22(1):225.
4. Pawlak KM, Tehami N, Maher B, et al. Role of endoscopic ultrasound in the characterization of solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas. *World J Gastrointest Endosc*. 2023; 15(4):273-284.
5. Nguyễn Minh Trọng, Nguyễn Kiều Hưng, Phạm Bá Đức và CS. Kết quả điều trị phẫu thuật u đặc giả nhú ở thân đuôi tụy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 507(1):236-240.
6. Phạm Duy Hiền, Vũ Mạnh Hoàn, Nguyễn Công Sơn và CS. Kết quả phẫu thuật điều trị u đặc giả nhú của tụy ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương: Nhân 15 trường hợp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 529(1):5-9.

7. Wang X, Zhu D, Bao W, et al. Prognostic enigma of pancreatic solid pseudopapillary neoplasm: A single-center experience of 63 patients. *Front Surg.* 2021; 8:771587.
8. Aydiner F, Erinanç H, Savaş B, et al. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: Emphasis on differential diagnosis from aggressive tumors of the pancreas. *Turk J Gastroenterol.* 2006; 17(3):219-222.
9. Tang S, Huang LP, Wang Y, et al. Solid pseudopapillary tumors of the pancreas: Contrast-enhanced sonographic features. *J Ultrasound Med.* 2012; 31(2):257-263.
10. De Robertis R, Marchegiani G, Catania M, et al. Solid pseudopapillary neoplasms of the pancreas: Clinicopathologic and radiologic features according to size. *AJR Am J Roentgenol.* 2019; 213(5):1073-1080.