

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Hải Đăng¹, Bùi Tuấn Anh², Nguyễn Quang Nghĩa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt nang ống mật chủ (OMC) ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 68 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt nang OMC từ tháng 01/2015 - 12/2019. **Kết quả:** 8 BN (11,8%) chuyển mổ mở do chảy máu, viêm dính, đứt đầu dưới OMC và có sỏi trong gan. Tất cả BN còn lại đều được cắt nang OMC và thực hiện miệng nối ống gan chung - hồng tràng với kỹ thuật nội soi ổ bụng dùng 4 trocar. 30 BN được mổ nội soi hoàn toàn (thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng nội soi trong ổ bụng). Thời gian mổ nội soi trung bình: 247 ± 52 phút. Lượng máu mất trung bình: 175 ± 267 ml. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình: $9,08 \pm 4,46$ ngày. Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 20,0%, trong đó rò mật: 15%, tụ dịch: 1,7%, rò tụy: 1,7% và viêm tụy: 1,7%. 1 BN (1,7%) phải mổ lại do rò mật. Không có tử vong. **Kết luận:** PTNS cắt nang OMC ở người trưởng thành là một phương pháp khả thi, hiệu quả và an toàn, trên hết là mang tính thẩm mỹ cao cho BN.

* Từ khóa: Nang ống mật chủ; Phẫu thuật nội soi; Người trưởng thành.

Laparoscopic Technique for a Choledochal Cyst in Adults

Summary

Objectives: To evaluate the outcomes of laparoscopic technique in management of choledochal cyst in adults. **Subjects and methods:** A cross-sectional prospective study was conducted on 68 adults patients who were performed a choledochal cyst excision procedure from 01/2015 - 12/2019. **Results:** There were 8 open conversions due to bleeding, severe inflammation, disruption of the distal choledochal and liver stones. For the remaining cases, excision of the cyst and hepaticojejunostomy were managed laparoscopically using a four-hole method. There were 30 cases of laparoscopic surgery (jejunostomy was performed laparoscopically). The conversion rate was 11.8%. The mean operation time was 247 ± 52 minutes. The estimated blood loss was 175 ± 267 mL. The average hospital stay was 9.08 ± 4.46 days. Post-operative complications accounted for 20.0%: Bile leakage (15.0%), abdominal fluid accumulation (1.7%), pancreatitis (1.7%) and pancreatic fistula (1.7%). 1 patient (1.7%) was re-operated due to bile leakage. No deaths were recorded. **Conclusions:** Laparoscopic excision of a choledochal cyst in adult patients is an effective and safe method, especially it brings good cosmetic results and its feasible level of operative safety.

* Keywords: Choledochal cyst; Laparoscopic excision; Adult patients.

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

³Bệnh viện Việt Đức

Người phản hồi: Nguyễn Hải Đăng (drhaidang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/10/2020

Ngày bài báo được đăng: 24/01/2021

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang OMC là một bệnh lý tương đối hiếm gặp, đặc biệt ở các nước phương Tây. Tuy nhiên, số lượng người trưởng thành được chẩn đoán bị nang OMC ngày càng tăng nhờ vào sự phát triển của các phương tiện hình ảnh học gan mật không xâm lấn và sự tầm soát sức khỏe định kỳ của người dân [1]. Mặc dù là một bệnh lý lành tính, nang OMC cần được cắt bỏ do nguy cơ cao dẫn đến bệnh lý ác tính đường mật và các biến chứng muộn như sỏi đường mật.

Nang OMC là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ và trẻ em. Trên những BN này, yêu cầu về thẩm mỹ có vai trò quan trọng tương đương với yêu cầu khỏi bệnh. Do đó, chúng tôi triển khai kỹ thuật PTNS cắt nang OMC với 4 trocar thay cho phương pháp mổ mở truyền thống. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả sớm PTNS cắt nang OMC ở người trưởng thành.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 68 BN được phẫu thuật cắt nang OMC.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01/2015 - 12/2019 tại Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Người trưởng thành từ 16 - 60 tuổi; được chẩn đoán nang OMC dựa vào chụp cắt lớp vi tính (CT-scan), cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) hoặc nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP); nang OMC loại I, II, IV.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

Bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao (ASA > 3); có vết mổ cũ trên rốn; đang

mang thai hoặc mắc bệnh nội khoa nặng, chống chỉ định PTNS ổ bụng.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả tiến cứu, hàng loạt trường hợp.

* *Phương pháp phẫu thuật:*

- Bộc lộ phẫu trường, phẫu tích nang khỏi cấu trúc xung quanh. Phẫu tích đầu xa của OMC, khi tới đoạn xa nhỏ nhất có thể, khâu cột hoặc dùng Hemoclock kẹp; cắt đoạn xa. Phẫu tích lên đến ống gan chung chỗ chia đôi 2 ống gan phải và trái.

- Thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng bên ngoài ổ bụng (bằng cách mở rộng đường mổ ở vị trí trocar rốn khoảng 2 cm để đem hồng tràng ra ngoài) hoặc hoàn toàn nội soi trong ổ bụng bằng cách dùng Stappler nội soi.

- Tạo miệng nối ống gan chung - hồng tràng Roux-en-Y trước đại tràng ngang. Trong một số trường hợp miệng nối quá căng, làm miệng nối xuyên mạc treo đại tràng ngang.

Trước đây, miệng nối được khâu bằng chỉ Vicryl, mặt sau dùng mũi khâu vắt và mặt trước dùng mũi khâu rời. Gần đây, chúng tôi dùng chỉ V-lock khâu vắt toàn bộ miệng nối trong trường hợp miệng nối > 10 mm, hoặc khâu vắt mặt sau, mặt trước khâu mũi rời bằng chỉ PDS nếu miệng nối < 10 mm.

* *Thu thập, phân tích và xử lý số liệu:* Tất cả số liệu được mã hóa, nhập và tính toán dựa vào phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả, cung cấp những thông tin về số lượng, tỷ lệ %, $\bar{X} \pm SD$. Sử dụng các phép kiểm t, Chi bình phương, Kendall's tau và Fisher. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2015 - 12/2019, chúng tôi phẫu thuật cắt nang OMC cho 68 BN, tuy nhiên có 8 BN chuyển mổ mở, trong đó 2 BN do chảy máu; 4 BN do nang viêm dính nhiều; 1 BN khi bóc tách nang bị đứt đầu dưới OMC đoạn trong tụy, không thể tìm lại qua nội soi; 1 BN có sỏi trong gan nhiều, không thể lấy qua nội soi, phải chuyển mổ mở để nội soi đường mật kết hợp tán sỏi điện - thủy lực.

Bảng 1: Kết quả nghiên cứu.

	n (%) hoặc $\bar{x} \pm SD$ (min - max)
Nam/nữ	6/62
Tuổi trung bình (năm)	38,03 \pm 11,91 (18 - 60)
BMI	21,4 \pm 1,5
Phân loại theo Todani	
Ia	39 (57,4)
Ib	1 (1,5)
Ic	16 (23,5)
IV	12 (17,6)
Thời gian mổ (phút)	247 \pm 52 (145 - 410)
Lượng máu mất trung bình (ml)	175 \pm 267 (10 - 1.500)
Thời gian nằm viện hậu phẫu (ngày)	9,08 \pm 4,46 (6 - 29)

Bảng 2: Tai biến trong mổ.

Tai biến	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tổn thương tá tràng, tụy	0	0,0
Chảy máu trong mổ	5	7,4
Đứt đầu dưới OMC	1	1,5
Tổng	6	8,8

5 BN chảy máu trong mổ do nang viêm dính nhiều, khi phẫu tích làm tổn thương các mạch máu lớn xung quanh. Trong đó, 2 BN phải chuyển mổ mở để cầm máu, 3 BN có thể cầm máu qua nội soi, tuy nhiên có 2 BN phải truyền máu trong mổ.

1 BN đứt đầu dưới OMC khi bóc tách nang đoạn trong tụy, BN phải chuyển mổ hở để tìm khâu lại đầu dưới OMC vì nguy cơ rò tụy cao.

Bảng 3: Biến chứng sau mổ nội soi.

Biến chứng	Số BN (n = 60)	Tỷ lệ (%)
Rò mật	9	15,0
Tụ dịch	1	1,7
Rò tụy	1	1,7
Viêm tụy	1	1,7
Tổng	12	20,0

Bảng 4: Phân độ biến chứng theo Clavien - Dindo 2004.

Phân độ	Số BN	Tỷ lệ (%)
I	2	3,3
II	6	10,0
IIIa	3	5,0
IIIb	1	1,7
IV	0	0,0
V	0	0,0
Tổng	12	20,0

Hầu hết các trường hợp tai biến đều được điều trị nội khoa bảo tồn hiệu quả. Chỉ có 1 trường hợp phải mổ lại do rò mật và dẫn lưu không hiệu quả, dẫn đến viêm phúc mạc mật toàn thể. BN được phẫu thuật lại, khâu lại chỗ rò và rửa bụng dẫn lưu. Không có trường hợp nào tử vong.

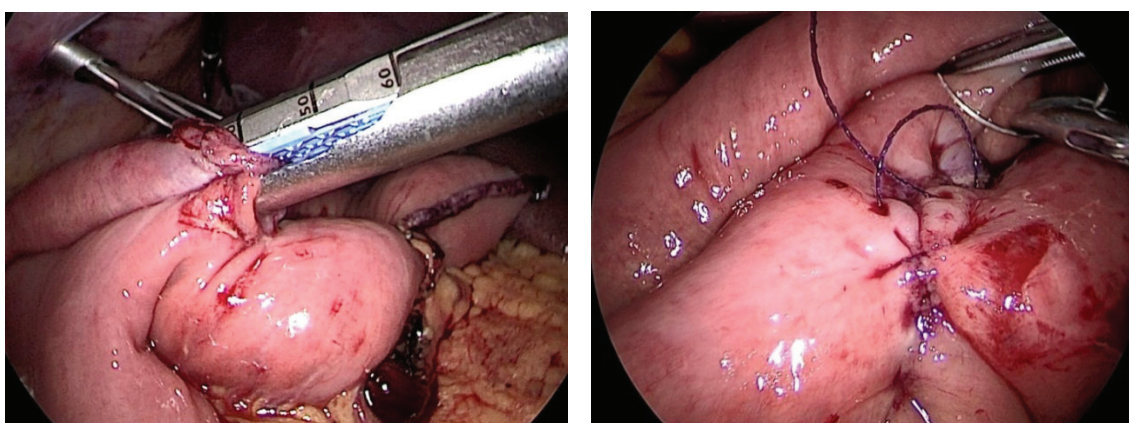
Trước đây, chúng tôi thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng tận - bên bằng mở rộng đường mổ ở vị trí trocar rốn. Những ca sau này (30 ca), chúng tôi thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng hoàn toàn nội soi trong ổ bụng. Loại bỏ các trường hợp phải chuyển mổ mở, so sánh giữa 2 nhóm nối hồng - hồng tràng ngoài và nội soi trong ổ bụng.

Bảng 5: So sánh giữa 2 nhóm nối hồng - hồng tràng ngoài và nội soi trong ổ bụng.

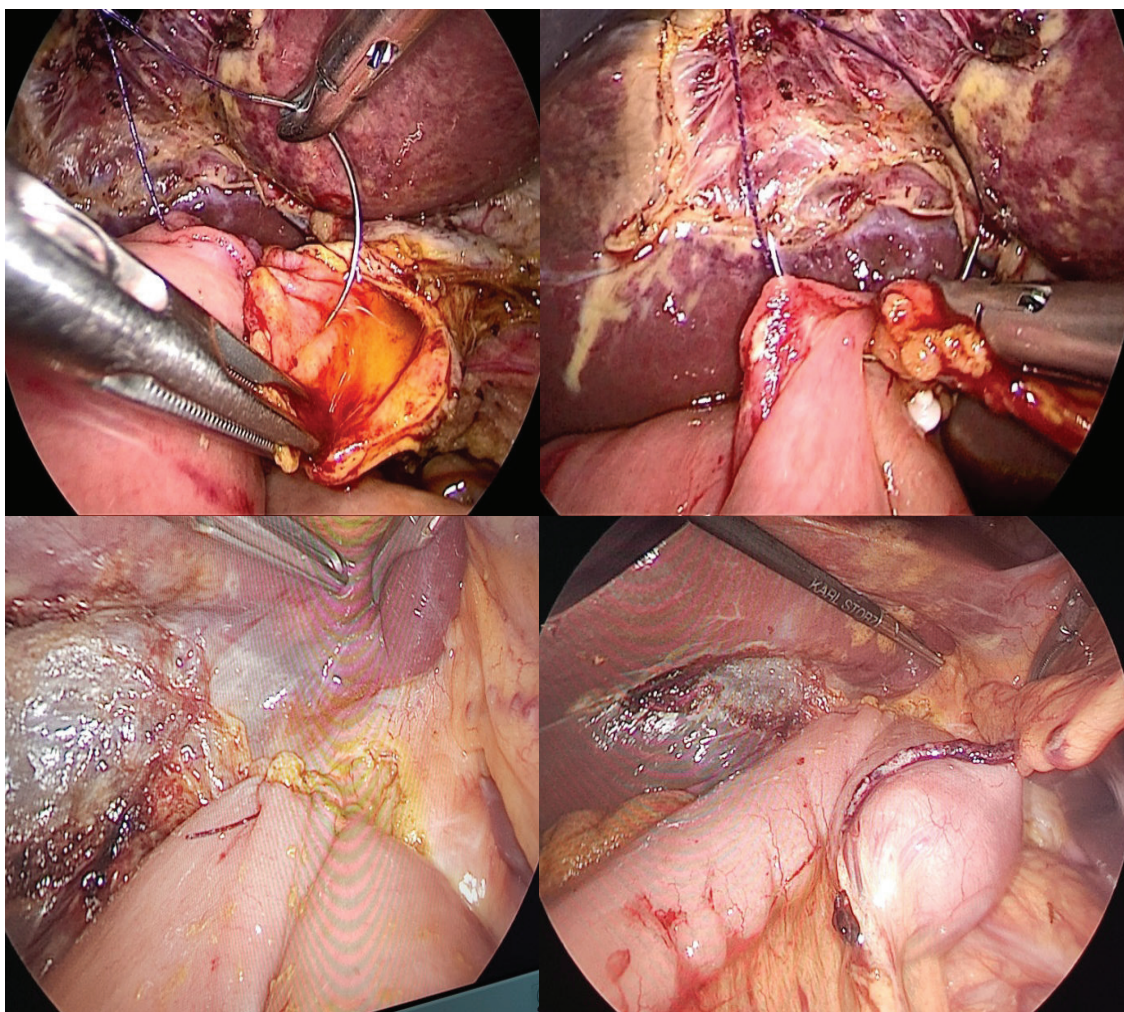
	Nối hồng - hồng tràng nội soi trong ổ bụng	Nối hồng - hồng tràng ngoài ổ bụng	p
Tổng số (n)	30	30	
Thời gian mổ (phút)	242 ± 50	253 ± 54	0,416
Thời gian thực hiện chân Y (phút)	63 ± 11	40 ± 8	0,000
Máu mất (ml)	101 ± 83	248 ± 357	0,035
Thời gian trung tiện (ngày)	2,80 ± 1,27	3,45 ± 1,12 (n = 29)	0,044
Thời gian nằm viện hậu phẫu (ngày)	7,70 ± 1,54	10,47 ± 5,84	0,017
Biến chứng sớm	4	8	0,333
Mổ lại	0	1	1
Tử vong	0	0	1

Phương pháp mổ nội soi hoàn toàn trong ổ bụng có kết quả tốt hơn so với phương pháp thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng bên ngoài ổ bụng về lượng máu mất, thời gian trung tiện và thời gian nằm viện hậu phẫu.

Phương pháp mổ nội soi hoàn toàn trong ổ bụng và phương pháp thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng bên ngoài ổ bụng có kết quả tương đương nhau về thời gian phẫu thuật, biến chứng sớm sau mổ, mổ lại và tử vong.



*Hình 1: Miệng nối hồng - hồng tràng thực hiện qua nội soi.
(Dùng Stappler bấm bên - bên và dùng chỉ V-clock may tăng cường)*



Hình 2: Miệng nối ống gan chung - hồng tràng thực hiện qua nội soi.

BÀN LUẬN

* Về dịch tễ:

Nang OMC là bệnh lý phổ biến ở các nước châu Á [5], hay gặp ở nhóm tuổi < 45, độ tuổi càng cao, tỷ lệ mắc bệnh ít gặp hơn [6, 7, 8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 41, nhỏ nhất 20 tuổi và lớn nhất 83 tuổi, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Cao Cương [1].

Tỷ lệ BN nữ chiếm đa số, cao gấp nhiều lần so với nam (10,3 lần). Tương tự, tất cả các nghiên cứu đều ghi nhận nang OMC gặp nhiều ở nữ nhưng chưa giải thích được nguyên nhân [1, 6, 7, 8].

* Về phân loại nang đường mật:

Qua kết quả hình ảnh học (MRCP, CT-scan và ERCP) và nhận định trong lúc mổ, có 56 BN (82,4%) nang loại I và 12 BN (17,6%) nang loại IV. Như vậy,

nang loại I chiếm tỷ lệ cao, tương tự với các nghiên cứu khác [6].

** Về kỹ thuật mổ:*

Năm 1995, bác sĩ Farello lần đầu tiên thực hiện kỹ thuật PTNS cắt nang OMC. Cho đến nay đã có nhiều báo cáo ở nước ngoài về kỹ thuật này [9, 10]. Kỹ thuật PTNS cắt nang OMC từng bước được áp dụng phổ biến và trở thành thường quy, thay cho phương pháp mổ mở truyền thống. Tại Việt Nam, PTNS cắt nang OMC được áp dụng rộng rãi cho các bệnh nhi [3], số lượng BN lớn tuổi được PTNS cũng ngày càng nhiều hơn [2]. Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật khác nhau ở vị trí BN và phẫu thuật viên, số kênh thao tác, kỹ thuật phẫu tích nang, nối mật - ruột... tùy theo từng nghiên cứu.

Trước đây, chúng tôi đưa hồng tràng ra ngoài để làm miệng nối hồng - hồng tràng tận - bên bằng cách mở rộng đường mổ ở vị trí trocar rốn khoảng 2 cm. Những ca sau này, chúng tôi thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng hoàn toàn nội soi trong ổ bụng. Dùng 1 Stappler 60 mm cắt ngang hồng tràng cách góc tá - hồng tràng khoảng 20 cm. Sau đó, thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng bên - bên bằng cách bấm Stappler, cách miệng nối ống gan chung - hồng tràng khoảng 50 cm. Phương pháp này có ưu điểm là sẹo mổ thẩm mỹ hơn và BN ít đau sau mổ hơn so với phương pháp cũ. Tuy nhiên, thời gian thực hiện miệng nối hồng - hồng tràng nội soi hoàn toàn trong ổ bụng lại kéo dài hơn và chi phí ca mổ cũng cao hơn do phải dùng ít nhất 2 Stappler nội soi. Trong những ca đầu, thời gian phẫu thuật toàn bộ lâu hơn so với phương pháp cũ do chúng tôi chưa hoàn toàn làm

chủ kỹ thuật này. Sau này, thời gian phẫu thuật của cả 2 nhóm là tương đương nhau về mặt ý nghĩa thống kê.

** Về cải tiến dụng cụ phẫu thuật:*
Trước đây miệng nối được khâu bằng chỉ Vicryl 3.0 hay 4.0, mặt sau dùng mũi khâu vắt và mặt trước dùng mũi khâu rời nếu đường kính ống gan chung > 10 mm. Dùng mũi khâu rời cho cả miệng nối khi đường kính ống gan < 10 mm để tránh hẹp. Những ca gần đây, chúng tôi dùng chỉ V-clock 3.0 khâu vắt toàn bộ miệng nối trong trường hợp miệng nối > 10 mm, hoặc khâu vắt mặt sau, mặt trước khâu mũi rời bằng chỉ PDS nếu miệng nối < 10 mm. Chỉ V-clock giúp cho thao tác khâu nối nội soi dễ dàng hơn và tăng tính an toàn của miệng nối. Hơn nữa, chúng tôi còn sử dụng dao siêu âm (Harmonic) hay Ligasure trong mổ, giúp rút ngắn thời gian và tăng tính an toàn của phẫu thuật.

** Về thời gian phẫu thuật:*

Có 2 thì phẫu thuật chiếm nhiều thời gian là phẫu tích nang và thì nối ống gan - hồng tràng vì đòi hỏi sự tỉ mỉ. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào loại nang, nang có biến chứng trước đó hay không, độ tuổi của BN và kỹ năng thành thạo của ê kíp phẫu thuật. Rõ ràng đối với BN lớn tuổi, quá trình bệnh lâu dài làm cho tình trạng viêm nhiễm quanh nang nặng nề, phẫu tích khó khăn dẫn đến kéo dài thời gian phẫu thuật. Ngoài ra, ê kíp phẫu thuật phải thực sự thuần thục từ người cầm đèn soi đến người phụ, phối hợp thật tốt để cải thiện thời gian phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 247 phút. Thời gian phẫu thuật trường hợp đầu tiên trong nghiên cứu của Jang JY [9] là 330

phút, nhưng với kinh nghiệm tích lũy dần, thời gian được rút ngắn, trung bình còn 228 phút. Trong 10 ca gần nhất, thời gian phẫu thuật còn < 200 phút, tuy nhiên, nghiên cứu này thực hiện cho cả bệnh nhi và BN lớn tuổi [10]. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của Lu SH CH [8] là 280 phút, của Hwang DW [7] là 395,8 phút. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu mổ mở cắt nang của Nguyễn Cao Cương là 120 - 180 phút [1]. Đỗ Hữu Liệt [2] thực hiện nối ống gan với đường mổ mở dưới sườn phải hoặc bàn tay hỗ trợ ghi nhận thời gian phẫu thuật là 253,1 phút với đường kính ngang trung bình 46,9 mm.

Một số nghiên cứu cho thấy, thời gian PTNS cắt nang OMC dài hơn mổ mở. Tuy nhiên, thời gian mổ cắt nang OMC qua PTNS giảm dần theo đường cong huấn luyện. Điều này cho thấy, PTNS cắt nang OMC là một phẫu thuật phức tạp đòi hỏi nhiều kỹ năng, sự tỉ mỉ, tinh tế của phẫu thuật viên.

** Về tai biến biến chứng và cách xử lý:*

Theo nghiên cứu của Jang JY và CS (Hàn Quốc) trên 82 BN được PTNS cắt nang OMC [10], các tai biến trong mổ làm PTNS thất bại, phải chuyển sang mổ mở bao gồm: Đứt đầu xa của nang OMC khi bóc tách vào đoạn trong tụy, chảy máu nhiều do rối loạn đông máu ở BN xơ gan và viêm dính nang vào tĩnh mạch cửa.

Chúng tôi ghi nhận 1 BN phải chuyển mổ hở do có kèm theo sỏi đường mật trong gan nhiều, phải mổ mở để tán sỏi điện - thủy lực. Do điều kiện kinh tế còn thấp, BN không có điều kiện khám sức khỏe thường xuyên nên thường đến bệnh viện khi đã có biến chứng tạo sỏi.

Biến chứng sớm sau mổ dẫn đến phải mổ lại bao gồm: Chảy máu mạc treo, hẹp miệng nối mật - ruột do bóc tách cắt nang cao quá mức, tổn thương ống tụy chính do bóc tách nang quá mức đoạn trong tụy và tắc ruột.

Tác giả khuyến cáo nên dùng Stappler nội soi hay Ligasure để cắt mạc treo ruột non thay cho dao siêu âm [8]. Chúng tôi cắt mạc treo ruột non trong nội soi bằng cách dùng dao siêu âm kết hợp kẹp clip hay hemoclock mạch máu để tiết kiệm chi phí cho BN.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật gặp 20,0%, bao gồm: Rò mật (15%), tụ dịch tồn lưu (1,7%), rò tụy (1,7%) và viêm tụy (1,7%). Hầu hết các biến chứng đều nhẹ, được điều trị bảo tồn, chỉ có 1 trường hợp phải mổ lại do rò mật và dẫn lưu không hiệu quả. Không có tử vong. Chứng tỏ đây là phương pháp an toàn. Chúng tôi cố gắng hoàn thiện kỹ thuật với mục tiêu thẩm mỹ và an toàn cho BN. Tuy nhiên, kết quả lâu dài của kỹ thuật chưa được đảm bảo, do thời gian theo dõi sau mổ quá ngắn. Chúng tôi sẽ thực hiện tiếp các nghiên cứu trong tương lai với thời gian theo dõi BN dài hơn.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt nang OMC, nối ống gan chung - hồng tràng dùng 4 trocar ở người trưởng thành là phương pháp khả thi, hiệu quả và an toàn, đảm bảo cả về thẩm mỹ và chức năng cho BN. Kỹ thuật này có thể trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn cho các bác sĩ có kinh nghiệm PTNS và gan mật tụy trong điều trị bệnh lý nang OMC ở người trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Cường. Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật cắt nang đường mật ở người lớn. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh 2005.
2. Đỗ Hữu Liệt, Bùi An Thọ, Đoàn Tiến Mỹ, Nguyễn Tấn Cường. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt nang đường mật ở trẻ lớn và người lớn. Ngoại khoa 2010; 4-5-6 (60):13-21.
3. Liem NT. Laparoscopic surgery for choledochal cysts. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013; 20(5):487-491.
4. Lee SE, Jang JY, Lee YJ, Choi DW, Lee WJ, Cho BH, Kim SW. Korean pancreas surgery club. Choledochal cyst and associated malignant tumors in adults: A multicenter survey in South Korea. Arch Surg 2011; 146(10):1178-1184.
5. Kim MH, Lim BC, Park HJ, et al. A study on normal structures, variations, and anomalies of the Korean pancreaticobiliary ducts: Co-operative multicenter study. Korean J Gastrointest Endosc 2000; 21:624-632.
6. Gong L, Qu Q, Xiang X, Wang J. Clinical analysis of 221 cases of adult choledochal cysts. Am Surg 2012; 78:414-418.
7. Hwang DW, Lee JH, Lee SY, et al. Early experience of laparoscopic complete en bloc excision for choledochal cysts in adults. Surg Endosc 2012; 26(11):3324-3329.
8. Lu ShCH, Shi XJ, Wang HG, et al. Technical points of total laparoscopic choledochal cyst excision. Chin Med J 2013; 126 (5):884-887.
9. Jang JY, Kim SW, Han HS, et al. Totally laparoscopic management of choledochal cysts using a four-hole method. Surg Endosc 2006; 20(11):1762-1765.
10. Jang JY, Yoon YS, Kang MJ, et al. Laparoscopic excision of a choledochal cyst in 82 consecutive patients. Surg Endosc 2013; 27:1648-1652.