

ĐIỀU TRỊ NANG ỐNG MẬT CHỦ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG, NỐI ỐNG GAN CHUNG VỚI TÁ TRÀNG

NGUYỄN THANH LIÊM, PHẠM DUY HIỀN
LÊ ANH DŨNG, TRẦN NGỌC SƠN, VŨ MẠNH HOÀN

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả kỹ thuật mổ và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt nang và nối ống gan chung tá tràng trong điều trị bệnh lý nang ống mật chủ (NOMC) ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhi NOMC được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1/2007 đến tháng 10/2009. Sử dụng 4 trocar, phẫu tích cắt ống cổ túi mật, gan được khâu treo vào thành bụng ở hai vị trí: ống cổ túi mật và dây chằng tròn. NOMC được phẫu tích và được cắt bỏ hoàn toàn, giải phóng tá tràng và nối ống gan chung với tá tràng, vị trí miệng nối cách môn vị 2cm.

Kết quả nghiên cứu: Từ tháng 1/2007 đến tháng 10/2009 có 155 bệnh nhi được phẫu thuật, bao gồm 116 trẻ trai và 39 trẻ gái. Kích thước đường kính nang từ 10mm đến 147 mm. Tuổi từ 2 tháng đến 16 tuổi.

Thời gian mổ từ 70 phút đến 480 phút trung bình 172 phút. Có 2 bệnh nhi phải chuyển mổ mở (1,3%), 4 bệnh nhi phải truyền máu trong mổ (2,6%). Rò mật sau mổ xuất hiện ở 4 bệnh nhi trong đó 3 trường hợp tự liền và một trường hợp phải mổ lại. Thời gian nằm viện trung bình 6,7 ngày, Theo dõi từ 1 đến 24 tháng ở 128/155 bệnh nhân (82,6%), cho thấy nhiễm trùng đường mật ngược dòng xuất hiện ở 4 bệnh nhân (2,6%), viêm dạ dày do trào ngược dịch mật xuất hiện ở 11 bệnh nhân (7,1%), hẹp miệng nối mật ruột gặp 3 bệnh nhân (1,9%) trong đó chụp đường mật và nong đường mật qua da 2 ca, một ca phải mổ lại ở tháng thứ 12 sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt nang và nối ống gan chung với tá tràng an toàn và hợp sinh lý trong điều trị bệnh lý NOMC.

Từ khóa: nội soi cắt nang, nang ống mật chủ (NOMC) ở trẻ em

SUMMARY

Objective: to report the technical details and early outcomes of complete laparoscopic cyst excision and hepaticoduodenostomy for choledochal cyst.

Methods: The operation was performed using four ports. The cystic duct was identified and divided. The liver was elevated by two stay sutures: one on the round ligament, the other on the distal cystic duct. The choledochal cyst was isolated and removed completely, the duodenum was mobilized and hepaticoduodenostomy was constructed 2cm distal to the pylorus using two running sutures with 5-0 polydioxane sutures if the diameter of common bile duct is larger than 1cm, otherwise the interrupted sutures were used.

Results: From January 2007 to October 2009, 155 patients were operated. There were 39 girls and 116 boys. Ages ranged from 2 months to 16 years old. The diameter of the cyst ranged from 10mm to 147 mm. The operating time ranged from 70 minutes to 480 minutes (mean 172 minutes). Conversion to open surgery was required in two patients (1.3%). Blood transfusion was required in four patients (2.6%). Postoperative anastomotic leakage occurred in four patients, resolving spontaneously in 3 patients and requiring a second operation in the fourth.

Postoperative hospital stay ranged from 4 days to 21 days (mean: 6.6 days). Follow up from 1 month to 24 months was obtained in 128/155 patients (82.6%). Of these patients, cholangitis occurred in 4 patients (2.6%), Gastritis due to bilious reflux in 11 patients (7.1%). Anastomotic stenosis occurred in 3 patients (1.9%); 2 patient dilated successfully by PTC and one patient operated to redo anastomosis.

Conclusion: Laparoscopic complete cyst excision and hepaticoduodenostomy is safe and physiologic procedure for choledochal cyst.

Keywords: laparoscopic cyst excision, hepaticoduodenostomy choledochal cyst

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ nang và nối ống gan chung với hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y đã trở thành kỹ thuật qui chuẩn trong điều trị NOMC. Trong khoảng hơn một thập kỉ gần đây, với sự phát triển nhanh chóng của công nghệ hiện đại, phẫu thuật nội soi đã tỏ rõ sự ưu việt và dần thay thế phẫu thuật mở bụng trong hầu hết các phẫu thuật trong ổ bụng nói chung và phẫu thuật điều trị NOMC nói riêng.

Đa số các tác giả trên thế giới đều sử dụng kỹ thuật nội soi cắt nang và nối ống gan chung (OGC) hồng tràng kiểu Roux-en-Y.

Kỹ thuật nội soi cắt nang và nối OGC với tá tràng mới chỉ được HocTan thông báo 2 trường hợp năm 2003.

Kể từ tháng 1 năm 2007 chúng tôi sử dụng kỹ thuật này để điều trị NOMC. Mục đích bài báo này của chúng tôi là mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC với tá tràng trong điều trị nang OMC ở trẻ em.

TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Bao gồm toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán là NOMC và được phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC với tá tràng tại khoa ngoại Bệnh Viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2007 tới tháng 10/2009.

Kỹ thuật mổ trong nghiên cứu:

Bệnh nhân nằm ngửa, màn hình ở phía đầu, phẫu thuật viên đứng phía chân. 1 trocar 10mm đặt qua rốn đưa camera, 3 trocar 5mm được đặt lần lượt: mạng sườn phải, hạ sườn trái và trocar cuối được đặt bên dưới trocar này 2cm. Khí co2 duy trì áp lực từ 8-12 mmHg.

Khâu treo dây chằng tròn vào thành bụng trước để treo gan, phẫu tích cắt động mạch túi mật, cắt cổ túi mật, khâu treo gan mũi thứ hai ở vị trí qua cổ túi mật. Phẫu tích tách thành sau nang ra khỏi động mạch gan và tĩnh mạch cửa, luồn pince qua thành sau nang từ trái qua phải, cắt đôi nang ở vị trí dưới chỗ đổ vào cửa cổ túi mật. Dùng pince cặp ruột kéo tá tràng xuống dưới, phẫu tích phần dưới của nang tới ống mật tụy chung, cặp clip và cắt. Phần trên của nang được phẫu tích tới ống gan chung và cắt ngang vị trí này. Trường hợp nang quá to hoặc quá dính có thể phẫu tích từ đáy nang lên hoặc cắt đôi nang dần từ thành trước sang thành sau. Giải phóng tá tràng, đo đường kính ống gan chung bằng thước giấy sau đó mở tá tràng với độ dài tương ứng ở vị trí cách môn vị 2cm. Nối OGC với tá tràng nội soi hoàn toàn, tùy thuộc vào độ rộng của OGC nếu lớn hơn 1cm sử dụng hai đường khâu vắt ở mặt trước và mặt sau chỉ PDS 5.0, còn nếu nhỏ hơn 1cm sử dụng nối mũi rời.

Sau khi nối tiến hành cắt túi mật, lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar ở rốn. Dẫn lưu dưới gan.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

155 bệnh nhân bao gồm 39 trẻ gái, 116 trẻ trai, 87 bệnh nhân (56,1%) tít I, 68 bệnh nhân tít VI (43,9%) theo phân loại của Todani, được phẫu thuật từ tháng 1/2007 tới tháng 10/2008 sử dụng kỹ thuật mổ tá trên.

Tuổi nhỏ nhất 2 tháng, lớn nhất 192 tháng (16 tuổi) trung bình 41,1 ± 26,2 tháng.

Đường kính của nang: nhỏ nhất 10 mm lớn nhất 147 mm trung bình 47 mm

Tạo hình ống gan trước khi thực hiện miệng nối mật ruột gặp hai trường hợp (1,3%).

Một trường hợp tổn thương rách TM cửa khâu lại bằng chỉ prolene 6.0 (không phải chuyển mổ mở)

Có hai trường hợp phải chuyển mổ mở (1,3%):

- Trường hợp thứ nhất do rách ống gan chung trong khi làm miệng nối

- Trường hợp thứ hai do thành nang quá viêm dính, chảy máu trong quá trình cắt nang.

- Thời gian mổ trung thay đổi trong khoảng 70-480 phút. Trung bình 172,6 phút.

Biến chứng sau mổ được trình bày ở bảng 1

Bảng 1: Biến chứng sau mổ

	N = 155	Tỷ lệ (%)
Tử vong sau mổ	0	0.0
Rò mật	4	2.6
VPM sau mổ	1	0.6
Lòi MNL	2	1.3
NT vết mổ	0	0.0
Nôn	14	9.0
Sốt	29	18.7
Rò tụy	0	0.0
Áp xe tồn dư sau mổ	2	1.3
Xuất huyết tiêu hoá	0	0.0

-Ăn đường miệng bắt đầu từ ngày thứ 3 sau mổ ở tất cả các bệnh nhân

-Thời gian nằm viện trung bình từ 4 – 27 ngày, trung bình 6,6 ngày.

-Theo dõi xa sau mổ từ 1- 24 tháng trung bình là 10,2 ± 2,3 tháng

Số bệnh nhân có thông tin sau mổ: 128/155 (82,6%)

Kết quả theo dõi sau khi ra viện từ tháng 1/2007 đến tháng 9/2009 được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2: Theo dõi xa sau mổ.

	OGC – tá tràng	
	N= 155	%
Đau bụng	42	27.1
Sốt	16	10.3
Đau bụng + sốt	11	7.1
Đau bụng+ sốt + vàng da (NT đường mật ngược dòng)	4	2.6
Viêm dạ dày do trào ngược	11	7.1
Hẹp miệng nối	3	1.9

Trong số 3 bệnh nhân hẹp miệng nối có 2 trường hợp điều trị thành công bằng nong bong qua da và một trường hợp phải mổ lại làm lại miệng nối.

BÀN LUẬN.

Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy phẫu thuật nội soi cắt nang, nối ống gan chung với tá tràng là một phẫu thuật an toàn, cắt nang hoàn toàn bằng nội soi được thực hiện ở 153/155 bệnh nhân, kể cả những trường hợp nang rất lớn và những trường hợp mức độ viêm dính của nang là rất nặng. Số bệnh nhi phải chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp chỉ có 2 bệnh nhi (1,3%), số liệu này thấp hơn nhiều so với các tác giả khác. Tanaka (37%), Lee (33%), Ure (11%), Hong (12%), Chokshi (33%)

Biến chứng trong mổ rất thấp (1,3%), một bệnh nhi bị tổn thương ống gan phải trong mổ, một trường hợp tổn thương tĩnh mạch cửa do nang quá viêm dính.

Kỹ thuật cắt nang cần phải tùy thuộc vào kích thước và độ viêm dính của nang, nếu nang không lớn quá (<4cm), mức độ viêm dính ít thì chúng tôi chủ trương phẫu tích luôn lách, cắt đôi nang ở vị trí bên dưới cổ túi mật sau đó sẽ phẫu tích cắt bỏ từng phần trên và dưới của nang. Trường hợp nang quá to hoặc quá viêm dính thì có thể phẫu tích từ đáy nang lên (Cắt cắt ống mật tụy chung trước) sau đó phẫu tích

dần lên OGC sau, hoặc có thể cắt dần từ thành trước ra sau.

Chúng tôi chỉ có một trường hợp bị cắt ngang qua 2 ống gan và phải tạo hình lại trước khi tiến hành miệng nối mật ruột, kinh nghiệm rút ra là nên cắt đôi nang ở bên dưới ống cổ túi mật trước, sau đó tìm ống gan chung từ trong lòng nang, cắt bỏ cực trên của nang ngay sát bên dưới lỗ ống gan chung này. Biến chứng này cũng gặp ở các tác giả khác.

Tỷ lệ rò mật sau mổ trong nghiên cứu này là (2,6%) bằng 1, trong đó 3 ca rò tụy liền chỉ có một trường hợp phải mổ lại, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với những số liệu mổ mở trước đây của chúng tôi và của các tác giả khác, so sánh với các tác giả khác cũng mổ nội soi như Li có 10 trường hợp rò trong tổng số 173 ca (5,7%) thì kết quả của chúng tôi cũng rất đáng khích lệ. Nên lựa chọn nối OGC với tá tràng hay với ruột non kiểu Roux-en-Y vẫn còn là vấn đề chưa thống nhất.

Theo Todani tái lập lưu thông OGC tá tràng cũng có nhiều ưu điểm so với nối OGC hồng tràng. Thứ nhất kiểu tái lập này hợp sinh lý hơn, vì mật được dẫn lưu xuống vị trí sinh lý là tá tràng, thứ hai cuộc mổ chỉ có một miệng nối nằm ở trên mạc treo đại tràng ngang nên nguy cơ tắc ruột ít hơn, phẫu thuật nhanh và đơn giản hơn.

Còn theo Tan HL, ngoài những lợi điểm trên thì tái tạo lưu thông đường mật tá tràng còn có một ưu điểm nữa là có thể can thiệp đường mật qua nội soi ống mềm được để điều trị các biến chứng như sỏi mật, nong miệng nối khi hẹp, sinh thiết đường mật, gan khi nghi ngờ tổn thương ác tính.

Chúng tôi thấy nối OGC tá tràng đơn giản hơn nối với hồng tràng về mặt kỹ thuật, thời gian mổ trung bình của phẫu thuật này chỉ là 172 phút. Phẫu thuật được làm hoàn toàn nội soi nên sẹo mổ đẹp hơn.

Tuy có nhiều lợi điểm như vậy nhưng nối OGC tá tràng cũng có những bất cập nhất định, tỉ lệ viêm dạ dày do trào ngược dịch mật của chúng tôi tương đối cao (7,1%), tuy là các bệnh nhi đều được điều trị ổn định bằng các thuốc ức chế bài tiết và bọc niêm mạc, còn theo Takada thì phần lớn số bệnh nhi của tác giả có hiện tượng trào ngược dịch mật lên dạ dày. tỷ lệ nhiễm trùng đường mật ngược dòng trong nghiên cứu này là (2,6%), thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trong phẫu thuật mổ mở, có tới 3 bệnh nhân bị hẹp miệng nối mật ruột trong đó có một trường hợp được mổ lại còn hai trường hợp nong được bằng chụp đường mật qua da. Cả ba trường hợp đều thuộc nhóm những bệnh nhân đầu tiên. Có thể tỉ lệ này sẽ giảm cùng với kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

KẾT LUẬN:

Phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC tá tràng điều trị bệnh lý NOMC là một phương pháp mổ an toàn, hiệu quả. Tuy nhiên cần có một nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên với cỡ mẫu đủ lớn, thời gian theo dõi đủ dài để có thể đi đến kết luận nên lựa chọn phương pháp nối nào tốt nhất cho các bệnh nhân NOMC.

TÀI LIỆU TAM KHẢO

1. Todani T, Watanabe Y, Narussue M, et al. Congenital bile duct cyst: classification, operative procedure, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977; 134:263-269.
2. Liem NT, Valayer J. Dilatation congenital de la voie biliaire principale chez l'enfant: etude d'une serie de 52 cas. *Presse Med* 1994;23:1565-1568.
3. Miyano T, Yamataka A, Kato Y, et al. Hepaticoenterostomy after excision of choledochal cyst in children: a- 30 year experience with 180 cases. *J Pediatr Surg* 1996;31:1417-1421.
4. Tan HL, Shankar KR, Ford WD. Laparoscopic resection of type I choledochal cyst. *Surg Endosc* 2003;17:1495.
5. Tanaka M, Shimizu S, Mizumoto K, et al. Laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y reconstruction. *Surg Endosc* 2001;15:545-652.
6. Lee H, Hirose S, Bratton B, et al. Initial experience with complex laparoscopic biliary surgery in children: biliary atresia and choledochal cyst. *J Pediatr Surg* 2004;39:804-807.
7. Ure BM, Schier F, Schmidt AI, et al. Laparoscopic resection of congenital choledochal cyst, choledojejunostomy, and extraabdominal Roux-en-Y anastomosis. *Surg Endosc* 2005;19:1055-1057.
8. Nguyễn Thanh Liêm, Phạm Duy Hiền, Nguyễn Đức Thọ. Kết quả điều trị 154 trường hợp u nang ống mật chủ bằng kỹ thuật cắt nang và nối mật ruột kiểu Roux-en-Y. *Y học thực hành* số 506, tr.42-45.
9. Saing H, Han H et al. Early and late results of excision of choledochal cysts. *J Pediatr Surg* 1997;32:1563-1566.
10. Trương Nguyễn Uy Linh, Đào Trung Hiếu, Trần Thành Trai. Điều trị phẫu thuật nang ống mật chủ ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng I. *Ngoại khoa* 200; 3:8-11.