Nhân hai trường hợp cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ trong điều trị viêm tụy hoại tử

Nguyễn Tạ Quyết[1], Nguyễn Đức Tuấn Anh[2], Phạm Hải Triều[3], Nguyễn Phước Quí Tài[2]

1. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2. Bệnh viện Bình Dân, 3. Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Địa chỉ liên hệ:
Nguyễn Tạ Quyết,
Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
217 Hồng Bàng, phường 11, quận 5, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0989 596 615
Email: quyet.nt@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/01/2023
Ngày chấp nhận đăng: 01/4/2024
Ngày xuất bản: 28/6/2024

Tóm tắt

Viêm tụy cấp thể hoại tử có tỉ lệ tử vong cao và cần can thiệp nội soi, chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật để điều trị tình trạng nhiễm trùng huyết. Kĩ thuật mổ hở cắt lọc mô hoại tử ngả bụng đã không còn là phương pháp điều trị đầu tay. Một phương pháp tiếp cận ngoại khoa mới theo kiểu "lên thang" bao gồm dẫn lưu qua da và cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ đã trở thành xu hướng mới trong thời gian gần đây. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp viêm tụy hoại tử được cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ tại Bệnh Viện Bình Dân.

Từ khóa: Viêm tụy hoại tử, cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ, tiếp cận lên thang.

Report of two cases video-assisted retroperitoneal debridement in management of necrotizing pancreatitis

Nguyen Ta Quyet[1], Nguyen Duc Tuan Anh[2], Pham Hai Trieu[3], Nguyen Phuoc Qui Tai[2]

1. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 2. Binh Dan Hospital, 3. Pham Ngoc Thach University of Medicine

Abstract

Necrotizing pancreatitiscauses a high mortality and needs the interventions such as endoscopic, radiologic or surgical intervention for sepsis control. Open pancreatic necrosectomy is no longer considered the first-line treatment. A surgical step-up approach consisting of percutaneous drainage and Video – assisted retroperitonealdebridement (VARD) is now the favored surgical approach. We report our experience in 2 patients with pancreatic necrosis and underwent VARD at Binh Dan Hospital.

Keywords: Necrotizing pancreatitis, videoscopic-assisted retroperitoneal debridement (VARD), step-up approach.

Đặt vấn đề

Khoảng 80 - 90% trường hợp viêm tụy cấp là ở thể nhẹ. Tuy nhiên có 10 – 20% trường hợp nặng có thể dẫn tới sốc, suy giảm chức năng đa cơ quan như hô hấp, thận, rối loạn đông máu dẫn đến tỉ lệ tử vong ở nhóm này có thể lên đến 30%[1]. Trước đây, điều trị viêm tụy cấp thể hoại tử giai đoạn muộn chủ yếu là theo phương pháp "xuống thang": đầu tiên sẽ phẫu thuật lấy mô tụy hoại tử, sau đó sẽ áp dụng các kĩ thuật ít xâm lấn khác cho những ổ hoại tử còn sót lại. Phương pháp này đã gặp nhiều thách thức vì tỉ lệ biến chứng (34 – 95%) và tử vong cao (11 – 39%) [2],[3],[4]. Phương pháp "lên thang" trong điều trị viêm tụy cấp hoại tử đã được đề cập trong thời gian gần đây như một xu hướng mới. Mục tiêu của phương pháp là giảm thiểu nhiễm trùng thay vì cố gắng loại bỏ tất cả mô tụy hoại tử ngay từ ban đầu. Kỹ thuật dẫn lưu qua da (DLQD) và cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ (videoscopic-assisted retroperitoneal debridement - VARD) là một trong những kĩ thuật ít xâm lấn trong tiếp cận "lên thang". Chúng tôi báo cáo kết quả 2 trường hợp viêm tụy hoại tử có chỉ định cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ tại bệnh viện bình Dân.

Ca lâm sàng

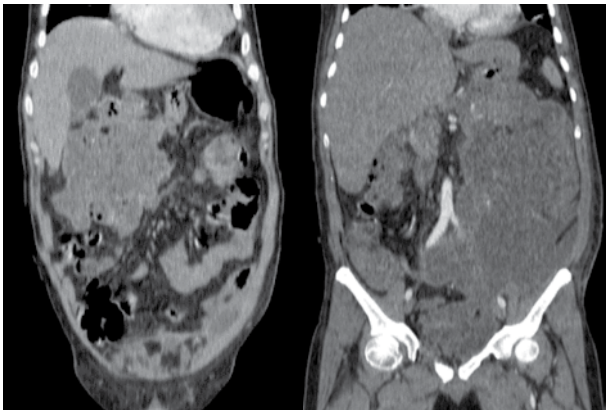
Trường hợp 1

Người bệnh (NB) nam, sinh năm 1983, nhập viện vì đau bụng ngày thứ 3 vùng thượng vị tăng dần, mạch 140 lần/phút, sốt lạnh run 39,5^{o}C, ấn đau thượng vị. Tiền căn bị viêm tụy cấp thể phù nề do rượu cách nhập viện 5 tuần. Kết quả xét nghiệm ghi nhận Amylase máu

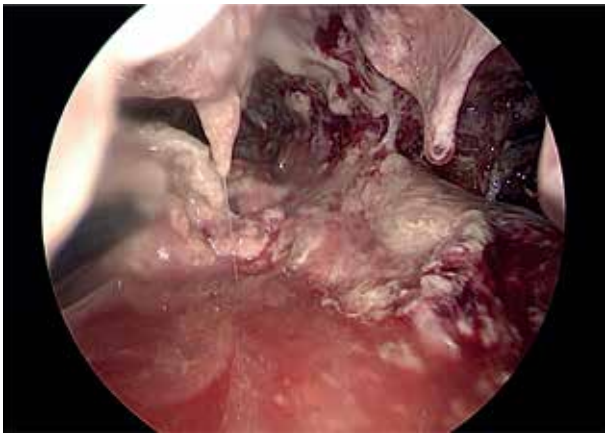
17 U/L, Amylase nước tiểu 292 U/L, hs-CRP 325 mg/dL, Procalcitonin 20,8 ng/ml, PCR Covid-19 âm tính.

Chụp cắt lớp vi tính mô tả viêm tụy cấp thể hoại tử, dịch ổ bụng và sau phúc mạc lượng nhiều, kích thước lớn #13,5x11,6 x 31,4 cm. NB được chẩn đoán viêm tụy hoại tử nhiễm trùng, điều trị kháng sinh Imipenem + Clindamycin, giảm đau, giảm tiết và dịch truyền tại khoa Hồi sức tích cực chống độc (ICU), kèm dẫn lưu nang tụy hoại tử khoang cạnh thận trái và vùng chậu trái, khoang cạnh thận phải (sau đại tràng xuống); rút ra được khoảng 1000 ml dịch đục, hôi, nhiều mô hoại tử.

Sau thủ thuật 5 ngày, lâm sàng ổn định dần, dịch ra các ống khoảng 500ml/ngày gồm dịch nâu, hôi, có lẫn mô hoại tử. Ngày 15 sau thủ thuật, lâm sàng diễn biến xấu hơn: mạch 120 lần/phút, WBC 22K/uL. NB được chỉ định cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc hông trái có màn hình hỗ trợ (VARD). Sau phẫu thuật, lâm sàng ổn định dần. Tuy nhiên, thăm bệnh vào ngày HP12 ghi nhận dẫn lưu ổ hoại tử ra dịch vàng sậm lợn cợn nghĩ dịch phân. NB được chẩn đoán rò đại tràng xuống, tiến hành phẫu thuật nội soi thám sát, mở hậu môn nhân tạo đại tràng ngang ngay tại lỗ rò. Sau mở hậu môn nhân tạo, NB hết sốt, ống dẫn lưu hông trái ra khoảng 30ml dịch/24 giờ, NB được xuất viện. Sau 6 tháng, NB tái khám để đóng hậu môn nhân tạo.



Hình 1: nang tụy hoại tử nhiễm trùng



Hình 2: Nội soi sau phúc mạc lấy mô tụy hoại tử có màn hình hỗ trợ

Trường hợp 2

NB nam, 36 tuổi, nhập viện vì đau bụng thượng vị và quanh rốn. Tiền căn có viêm tụy hoại tử do rượu cách nhập viện 5 tuần. Thăm khám ghi nhận bệnh tỉnh, ấn đau khắp bụng, sốt 39°C, mạch 120 lần/phút. Kết quả xét nghiệm có tình trạng nhiễm trùng và tắc mật (WBC 14K/µL, CRP 117,7 mg/L, bilirubin toàn phần 48.5 µmol/L), amylase máu trong giới hạn bình thường. Hình ảnh học ghi nhận ổ tụ dịch sau phúc mạc xuống tới bìu, dãn nhẹ đường mật trong và ngoài gan nghĩ do ổ tụ dịch chèn ép. NB được chẩn đoán nang tụy hoại tử sau phúc mạc và được DLQD tại 3 vị trí: hông lưng phải, hông lưng trái và hố chậu phải (trên xương chậu) ra được khoảng 800 ml mủ đục. Sau dẫn lưu 1 tuần, tình trạng nhiễm trùng vẫn không cải thiện nên chụp lại phim cắt lớp vi tính. Kết quả ghi nhận ổ tụ dịch kích thước vẫn còn lớn, được chỉ định phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ (VARD) vùng hông phải.



Hình 3: Rạch da hông lưng phải vào ổ tụ dịch lấy mô hoại tử.

NB được ròng rửa nước qua ống dẫn lưu dưới hố chậu phải khoảng 10 lít/ngày trong

5 ngày để các mô hoại tử lỏng lẻo ra theo ống dẫn lưu. Sau thủ thuật lâm sàng ổn, NB được xuất viện sau 2 tuần. Kết quả tái khám ghi nhận không còn ổ tụ dịch.

Bàn luận

Nhìn chung, điều trị viêm tụy hoại tử vẫn giữ nguyên tắc chung bao gồm hồi sức, dịch truyền, giảm đau, kháng sinh hợp lý và giải quyết nguyên nhân gây viêm tụy[5]. Tuy nhiên, đối với tình trạng hoại tử nhu mô tụy đòi hỏi can thiệp cụ thể hơn. Chỉ định can thiệp viêm tụy hoại tử theo Hiệp hội Tụy Hoa Kỳ và hiệp hội Tụy Thế Giới bao gồm (1) viêm tụy hoại tử có bằng chứng nhiễm trùng, (2) viêm tụy hoại tử chưa có bằng chứng nhiễm trùng nhưng suy đa cơ quan tiếp diễn nhiều tuần sau khởi phát viêm tụy và (3) viêm tụy hoại tử vô trùng kèm theo tắc nghẽn đường tiêu hóa, đau bụng dai dẳng không giảm hoặc mất liên tục của ống tụy chính[6]. Cả hai trường hợp của chúng tôi đều được can thiệp ở giai đoạn muộn > 4 tuần, khi ổ hoại tử đã thành hóa rõ và có chỉ định can thiệp.

Xu hướng mới hiện nay trong điều trị viêm tụy hoại tử là tiếp cận lên thang, bắt đầu từ các phương pháp xâm lấn tối thiểu nhằm giảm gây stress chu phẫu trên NB viêm tụy hoại tử hiện đang suy đa cơ quan hoặc tình trạng bệnh cũng đã nặng[7].Phương pháp tiếp cận bậc thang được thực hiện với thủ thuật dẫn lưu qua da ban đầu. Các nghiên cứu cho thấy có tới 35 – 51% trường hợp viêm tụy hoại tử không cần can thiệp ngoại khoa thêm sau dẫn lưu[8], [9]. Tuy nhiên tình trạng đau bụng không giảm, lâm sàng không cải thiện nên chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ (VARD).

Cả 2 trường hợp của chúng tôi đều chỉ can thiệp lấy mô tụy hoại tử một lần, có một trường hợp có biến chứng rò đại tràng do dẫn lưu qua da không liên quan phẫu thuật, không gặp biến chứng chảy máu. Biến chứng chảy máu được báo cáo rộng rãi, xảy ra ở 20% NB sau cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ (VARD) (7, 23). Tỷ lệ tử vong lên đến 30–40% được ghi nhận trong trường hợp xuất huyết liên quan đến thủ thuật, nguy cơ này đặc biệt cao trong lần đầu can thiệp do các ổ hoại tử tăng sinh mạch máu và rối loạn đông máu do hậu quả của suy đa cơ quan. Rò đại tràng có thể do nang tụy hoại tử lan rộng ra, cũng có thể do kĩ thuật, thao tác của phẫu thuật viên khi lấy mô hoại tử.

Cả hai trường hợp của chúng tôi đều có lâm sàng cải thiện rõ, không cần phải "lên thang" tới phẫu

thuật mở lấy mô hoại tử ngả bụng. Nghiên cứu của Horvarth và Brunchot cho rằng khoảng 60% NB sau cắt lọc mô hoại tử sau phúc mạc có màn hình hỗ trợ (VARD) không cần can thiệp phẫu thuật thêm. Tuy nhiên, ưu điểm rõ ràng của các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu phải luôn được cân nhắc thận trọng với các nhược điểm. Một kỹ thuật đơn lẻ có thể không đủ khả năng lấy đủ mô hoại tử. Nên kết hợp nhiều phương pháp, điều trị đa mô thức, đa chuyên khoa từ khoa nội soi tiêu hóa, khoa chẩn đoán hình ảnh và khoa ngoại tiêu hóa để đạt được hiệu quả điều trị tối ưu.

Tài liệu tham khảo

1. Peery, A.F., S.D. Crockett, C.C. Murphy, et al., Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: update 2018. 2019. 156(1): p. 254-272. e11.
2. Raraty, M.G., S. Connor, D.N. Criddle, et al., Acute pancreatitis and organ failure: pathophysiology, natural history, and management strategies. 2004. 6(2): p. 99-103.
3. Rodriguez, J.R., A.O. Razo, J. Targarona, et al., Debridement and closed packing for sterile or infected necrotizing pancreatitis: insights into indications and outcomes in 167 patients. 2008. 247(2): p. 294.
4. Babu, B.I., A.J. Sheen, S.H. Lee, et al., Open pancreatic necrosectomy in the multidisciplinary management of postinflammatory necrosis. 2010. 251(5): p. 783-786.
5. Heckler, M., T. Hackert, K. Hu, et al., Severe acute pancreatitis: surgical indications and treatment. 2021. 406(3): p. 521-535.
6. Besselink, M., H. van Santvoort, M. Freeman, et al., IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. 2013. 13(4, suppl 2): p. E1-E15.
7. Kokosis, G., A. Perez and T.N.J.W.J.o.G.W. Pappas, Surgical management of necrotizing pancreatitis: an overview. 2014. 20(43): p. 16106.
8. Van Santvoort, H.C., M.G. Besselink, O.J. Bakker, et al., A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. 2010. 362(16): p. 1491-1502.
9. van Brunschot, S., J. van Grinsven, H.C. van Santvoort, et al., Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. 2018. 391(10115): p. 51-58.