Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) trong điều trị bệnh sỏi mật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Lữ Hoàng Phi, Nguyễn Văn Bi, Nguyễn Thị Quỳnh Mai

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Địa chỉ liên hệ:
Lữ Hoàng Phi,
Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
315 Nguyễn Văn Linh P. An Khánh, Q. Ninh Kiều TP. Cần Thơ
Điện thoại: 0919 334 438
Email: luhoangphi@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/01/2024
Ngày chấp nhận đăng: 26/6/2024
Ngày xuất bản: 28/6/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sỏi mật là bệnh lý ngoại khoa thường gặp. Có nhiều phương thức can thiệp phẫu thuật đối với bệnh lý sỏi mật từ kinh điển đến xâm lấn tối thiểu. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp ERCP được xem là phương thức tiếp cận ít xâm lấn, hiệu quả cho người bệnh sỏi mật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca lâm sàng được can thiệp phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp ERCP trong khoảng thời gian 2 năm (1/2021 đến 12/2022) tại BV Đa Khoa TW Cần Thơ

Kết quả: 42 trường hợp được can thiệp theo tiêu chuẩn chọn bệnh. Nữ giới chiếm đa số (59%) so với nam giới (41%). Độ tuổi trung bình 60,89 tuổi. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (93,2%). Tam chứng Charcot chỉ biểu hiện ở 29,5% trường hợp. Tỉ lệ siêu âm phát hiện được sỏi túi mật là 84,1%, sỏi ống mật chủ là 68,2%. Chụp cắt lớp vi tính phát hiện sỏi túi mật là 79,5% à sỏi ống mật chủ là 86,4%. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật và ERCP thực hiện 1 thì trong trường hợp cấp cứu 36,4%, chương trình là 43,2%. Tỉ lệ sạch sỏi soi ERCP lần 1 là 97,7%. Tỉ lệ thành công của phương pháp điều trị (người bệnh xuất viện không biến chứng) là 95,4%,

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp ERCP là một lựa chọn an toàn trong điều trị bệnh lý sỏi mật.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật, nội soi mật tụy ngược dòng, kết hợp ERCP và pẫu thuật nội soi cắt túi mật

Evaluation of combined laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for gallstones at Can Tho Central General Hospital

Lu Hoang Phi, Nguyen Van Bi, Nguyen Thi Quynh Mai

Can Tho Central General Hospital

Abstract

Objective: Gallstones is one of the most common surgical diseases. There are many surgical intervention methods for management from classic to minimally invasive. Laparoscopic cholecystectomy combined with (endoscopic retrogradecholangiopancreatography ERCP) is considered a minimally invasive and effective approach for gallstone patients.

Materials and Methods: There was a prospective and descriptive study of a series of clinical cases undergoing laparoscopic cholecystectomy combined with ERCP over a 2-year period (January 2021 to December 2022) at Can Tho Central General Hospital

Results: 42 cases were treated according to selection criteria. Female patient was the majority (59%) compared to male (41%). Average age was 60.89 years old. Abdominal pain was the most common symptom (93.2%). Charcot triad was only present in 29.5% of cases. The rate of ultrasound detecting gallbladder stones was 84.1%, common bile duct stones was 68.2%. CT scan detected gallbladder stones in 79.5% and common bile duct stones in 86.4%. Laparoscopic cholecystectomy and ERCP were performed in emergency accounted for 36.4%, elective surgery was 43.2%. The rate of stone clearance after the first ERCP was 97.7%.The success rate of the treatment (patients discharged from the hospital without complications) was 95.4%.

Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy combined with ERCP was a safe option in the treatment of gallstone disease.

Key Words: Laparoscopic cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, combined ERCP and laparoscopic cholecystectomy

Đặt vấn đề

Sỏi mật là bệnh lý ngoại khoa thường gặp, tại thời điểm chẩn đoán sỏi túi mật có khoảng 10-18% trường hợp có kèm theo sỏi ống mật chủ [6]. Các phương pháp điều trị sỏi mật nhằm mục đích sạch sỏi và hạn chế các biến chứng xảy ra. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp với nội soi mật tụy ngược dòng được xem là phương pháp kết hợp an toàn trong điều trị bệnh sỏi mật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca lâm sàng

Tiêu chuẩn chọn bệnh: người bệnh chẩn đoán sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ được thực hiện can thiệp cả hai phương pháp trong điều kiện:

Thực hiện trong trường hợp cấp cứu lẫn chương trình

Kết hợp 1 thì hoặc 2 thì

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh sốc nhiễm trùng nặng chống chỉ định gây mê hồi sức, rối loạn đông

máu nặng không đáp ứng điều trị nội khoa, sỏi ống mật chủ có kèm sỏi 2 nhánh gan, sỏi ống mật chủ kèm tắc mật do khối u quanh bóng vater, người bệnh có tiền sử cắt dạ dày, nối mật ruột.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: trong khoảng thời gian 2 năm (1/2021 đến 12/2022). Người bệnh điều trị tại Khoa Ngoại Tổng Hợp Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Kết quả

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, 42 người bệnh thỏa tiêu chuẩn lựa chọn với các kết quả đạt được

Nữ giới chiếm 59%, nam giới chiếm 41%. Độ tuổi trung bình 60,89 tuổi (32-88 tuổi)

Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (86,4%). Các triệu chứng đau bụng, sốt, vàng da không phải lúc nào cũng xuất hiện đầy đủ. Tam chứng Charcot chỉ chiếm 6,8% trường hợp

Siêu âm: phát hiện được sỏi túi mật trong 84,1% trường hợp, sỏi ống mật chủ trong 68,2% trường hợp. Chụp cắt lớp vi tính: phát hiện được 79,5% trường hợp có sỏi túi mật, tỉ lệ phát hiện được sỏi ống mật chủ là 86,4%

Bảng 1. Tình huống phẫu thuật nội soi cắt túi mật

Tình huống phẫu thuật	n	Tỉ lệ (%)
Cấp cứu, 1 thì	14	33,3
Cấp cứu, 2 thì	4	9,5
Chương trình, 1 thì	19	45,3%
Chương trình, 2 thì	5	11,9%
Tổng	42	100%

Bảng 2. Nội dung can thiệp ERCP

Nội dung	n	Tỉ lệ (%)
Cắt cơ vòng	32	76,6
Cắt + nong cơ vòng	5	11,9
Cắt cơ vòng + đặt stent đường mật	1	2,3
Cắt+ nong cơ vòng + đặt stent đường mật	1	2,3
Cắt cơ vòng+ tán sỏi	1	2,3
Nong cơ vòng	2	4,6
Tổng	42	100

Bảng 3. Kết quả của phương pháp điều trị

Biến chứng	n	tỉ lệ (%)
Không biến chứng	40	95,4
Dò mật+ viêm phổi	1	2,3
Còn sỏi	1	2,3
Tổng	42	100

Bàn luận

Bệnh lý sỏi mật có liên quan đến tuổi, tần suất bệnh gia tăng sau 50 tuổi, Giới tính nữ được xem là yếu tố nguy cơ mắc sỏi mật cao hơn so với nam [2],[11].

Triệu chứng của người bệnh sỏi mật rất đa dạng, và không quá đặc hiệu. Triệu chứng điển hình của sỏi ống mật chủ tam chứng Charcot. Tuy nhiên, tam chứng này không phải lúc nào cũng xuất hiện đầy đủ với độ nhạy tương đối thấp [4], [12]. Trước can thiệp, chúng tôi luôn có chẩn đoán xác định người bệnh có đồng thời sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ dựa vào siêu âm và chụp cắt lớp vi tính. Độ nhạy của hai cận lâm sàng này trong việc xác định sỏi khoảng từ 60-84% nên cả hai sẽ bổ trợ cho nhau trong chẩn đoán xác định trước phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy rằng siêu âm phát hiện được sỏi túi mật với tỉ lệ tương đối cao >80% trường hợp. Tuy nhiên, giá trị của siêu âm trong việc phát hiện sỏi ở ống mật chủ tương đối hạn chế với tỉ lệ 68,2% phát hiện được sỏi ở ống mật chủ, tỉ lệ này ở nghiên cứu của Hồ Văn Kiên là 61% [4]. Như vậy, siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán sỏi túi mật nhưng không cao trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ (48-100% và 64-100%) nhất là khi sỏi ở đoạn cuối ống mật chủ và sỏi có kích thước nhỏ [5], [11]. Tất cả các trường hợp chúng tôi đều thực hiện chụp cắt lớp vi tính có chất tương phản trước khi can thiệp nhưng chỉ có 79,5% phát hiện sỏi ở túi mật. Trong nghiên cứu của tác giả Mai Đức Hùng khi có nghi ngờ có sỏi ống mật chủ hay cần đánh giá tình trạng viêm của túi mật thì chụp cắt lớp vi tính có chất cản quang được chỉ định và có tỉ lệ 70,4% phát hiện sỏi ống mật chủ cản quang [2]. Việc đo đường kính ống

mật chủ, kích thước sỏi ống mật chủ khi chụp cắt lớp vi tính thì chính xác hơn so với siêu âm, vì kết quả siêu âm phụ thuộc nhiều vào các mặt cắt, cách đo của bác sĩ siêu âm [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nội soi mật tụy ngược dòng cắt cơ vòng lấy sỏi chiếm tỉ lệ 76,6%, cắt + nong cơ vòng với tỉ lệ 11,9%, nong cơ vòng lấy sỏi chiếm tỉ lệ 4,6%. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện 100% trường hợp chụp hình đường mật kiểm tra sau khi lấy sỏi. Phương pháp cắt chuẩn là phương pháp đơn giản, được dùng đầu tiên để cắt cơ vòng vì dao cắt luôn được dẫn đường trước bởi ống thông. Tuy nhiên, tỉ lệ thất bại của phương pháp này từ 5-15%. Khi đó kỹ thuật cắt trước là kỹ thuật được thay thế. Phương pháp cắt trước là phương pháp khó và tỉ lệ biến chứng khác nhau từ 2-34% tùy trung tâm. Trong những trường hợp bệnh nặng, có rối loạn đông máu nặng, có nhiều yếu tố nguy cơ cao, cần giới hạn thời gian làm thủ thuật thì giải áp đường mật bằng cách đặt stent đường mật cũng được nhiều tác giả khuyến cáo để giảm tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc và thời gian gây mê tối thiểu [5]. Trong trường hợp không thể lấy hết sỏi thì vấn đề đặt stent cũng được nhiều tác giả đồng thuận cho thấy sau thời gian gian đặt stent thì sỏi có thể nhỏ và mềm đi. Kích thước stent lớn khoảng 10Fr hay 11,5Fr dẫn lưu mật hiệu quả hơn loại stent nhỏ 7Fr [9], [10]. Tỉ lệ thành công của ERCP lấy sỏi với baloon catheter và rọ Dormia là 80-90% [9]. Áp dụng thêm các kỹ thuật tán sỏi cơ học, điện thủy lực, laser và tán sỏi ngoài cơ thể tỉ lệ thành công có thể lên đến 95%. Đối với sỏi ống mật chủ kích thước nhỏ <2cm, sẽ được lấy dễ dàng.

Thời gian lựa chọn cắt túi mật sau ERCP nên thực hiện sau bao lâu thì chưa rõ ràng và còn đang nghiên cứu. Nguyễn Văn Định (2019) nghiên cứu thực hiện cắt túi mật sau ERCP trong 2 nhóm trước 72 giờ và sau 72 giờ [1]. Tác giả thực hiện cắt túi mật nội soi được ưu tiên thực hiện sớm sau ERCP khi tình trạng viêm đường mật, biến chứng sau ERCP ổn định và cho phép phẫu thuật. Những trường hợp đặt stent đường mật do không lấy hết sỏi lần đầu sẽ được xem xét làm ERCP lần 2 và rút stent và lấy sỏi ống mật chủ nếu không có tình trạng viêm túi mật cấp. Trường hợp có viêm túi mật cấp với triệu chứng nhiễm trùng nặng hơn sẽ được phẫu thuật cắt túi mật nội soi sớm. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau ERCP có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn và khó khăn hơn so với cắt túi mật mà trước đó chưa can thiệp ERCP, và cần được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Cắt túi mật nội soi có thể thực hiện ngay sau ERCP, tuy nhiên, cách tiếp cận này có một số hạn chế là phẫu trường hẹp do ruột chướng hơi. Friis và cộng sự thấy rằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi nên được thực hiện sớm trong vòng 24 giờ sau ERCP, và chậm nhất nên trong vòng 3 ngày sẽ làm giảm tỉ lệ chuyển mổ hở cũng như biến chứng chu phẫu. Nếu điều kiện cho phép thực hiện cùng lúc (1 thì) kết hợp ERCP và phẫu thuật cắt túi mật nội soi thì đây được xem là một lựa chọn tốt với tỉ lệ thấp cả về biến chứng phẫu thuật và tỉ lệ chuyển mổ hở.

Trong 42 trường hợp trong nghiên cứu, chúng tôi có 95,4% người bệnh (40 người bệnh) được hiện thành công không có biến chứng, dò mật tỉ lệ 2,3% (Người bệnh này có viêm phổi bệnh viện trong thời gian hậu phẫu được điều trị nội khoa ổn định) và 1 trường hợp (2,3%) còn sỏi đường mật chính sau ERCP lần 1. Trường hợp còn sỏi đường mật ERCP lần 1 lấy không hết hoàn toàn sỏi do sỏi to #2cm, chúng tôi tán sỏi và đặt stent đường mật, sau đó làm ERCP lần 2 lấy sạch hết sỏi và rút stent đường mật và cắt túi mật nội soi. Theo Tsiopoulos và cộng sự (2019) thực hiện ERCP thất bại do có cấu trúc giải phẫu khó (túi thừa tá tràng to), không tiếp cận được bóng Vater, người bệnh đã phẫu thuật Billroth II. Sạch sỏi hoàn toàn đối với kích thước sỏi trung bình 8mm (sỏi bùn có thể đến 25mm). Nghiên cứu của Zang (2013) sự kết hợp cắt túi mật nội soi sau ERCP trong cùng 1 thì mổ có thể thực hiện một cách an toàn trong điều trị bệnh sỏi mật và nếu cần trì hoãn thì nên thực hiện cắt túi mật nội soi trong vòng 72 giờ sau ERCP [11].

Kết luận

Nội soi mật tụy ngược dòng kết hợp với phẫu thuật nội soi cắt túi mật là một phương pháp an toàn,

là một lựa chọn tốt trong điều trị người bệnh có sỏi túi mật kết hợp sỏi ống mật chủ. Kết hợp hai phương pháp điều trị có thể thực hiện an toàn cả trường hợp cấp cứu lẫn chương trình.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Văn Định, Nguyễn Tuấn (2019), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau nội soi mật tụy ngược dòng", Y học thành phố Hồ Chí Minh, 23(1), trang 195-200.
2. Mai Đức Hùng, Nguyễn Văn Nghĩa (2019), "Lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng điều trị sỏi đường mật đồng thời", Tạp chí y dược thực hành 175,18, trang 36-43.
3. Hồ Văn Linh, Dương Xuân Lộc (2019), "Đánh giá kết quả bước đầu nội soi mật tụy ngược dòng kết hợp cắt túi mật nội soi trong điều trị sỏi ống mật chủ kèm sỏi túi mật", Tạp chí y học lâm sàng,5, trang 80-83.
4. Hồ Văn Kiên (2017), Nghiên cứu ứng dụng nội soi mật tụy ngược dòng và phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ống mật chủ kết hợp viêm túi mật do sỏi, Luận văn chuyên khoa II, Học viện Quân Y
5. Antonia Rizzutoa, Massimiliano Fabozzi (2018), "Intraoperative cholangiography during cholecystectomy in sequential treatment of cholecystocholedocholithiasis: To be, or not to be, that is the question A cohort study", International Journal of Surgery,53,pp. 53-58
6. C.Friis1, J. p. rothman (2018), "Optimal timing for laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a systematic review", Scandinavian Journal of Surgery, 107(2), pp. 99-106.
7. Chi-Chih Wang, Ming-Chang tsai (2019), "Role of cholecystectomy in choledocholithiasis patients underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography", Scientific RepoRts,9,pp. 1-7
8. Fotios Tsiopoulosa, Andreas Kapsoritakis (2018), "Laparoendoscopic rendezvous may be an effective alternative to a failed preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with cholecystocholedolithiasis", Annals of gastroenterology,31,pp. 102-108.
9. Maris Jones (2013), "ERCP and laparoscopic cholecystectomy in a combined (onestep) procedure: a random comparison to the standard (two-step) procedure", Surg Endosc, 27(6), pp. 1907-1912
10. Mehmet Aziret1, Kerem Karaman (2019), "Early laparoscopic cholecystectomy is associated with less risk of complications after the removal of common bile duct stones by endoscopic retrograde cholangiopancreatography", Turk J Gastroenterol,30(4),pp. 336-344
11. Min Zhang, Wenyi Hu (2020), "Timing of early laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrogradecholangiopancreatography ", Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery, 3, pp. 39-42.
12. Yong Zhou a, Wen-Zhang Zha (2017), "Three modalities on management of choledocholithiasis: A prospective cohort study", International Journal of Surgery,44,pp. 269-273.