Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị u vùng bóng Vater

Trần Hiếu Học[1], Trần Quế Sơn[1], Trần Mạnh Hùng[1], Vũ Đức Long[1], Nguyễn Ngọc Hùng[1], Trần Thanh Tùng[1], Triệu Văn Trường[1], Nguyễn Tiến Quyết[2], Trần Bình Giang[2]

1. Khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khóa:
Cắt khối tá tụy, phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy, cắt khối tá tụy với đường mở nhỏ.

Địa chỉ liên hệ:
Trần Hiếu Học,
Khoa Ngoại - Bệnh viện Bạch Mai,
78 Giải Phóng, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 0913563135
Email: Hieuhoc135@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29/9/2017
Ngày duyệt: 12/10/2017
Ngày chấp nhận đăng: 10/01/2018

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả bước đầu, chỉ định và biến chứng trong phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 15 trường hợp được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ 9/2016 – 9/2017.

Kết quả: Chỉ định mổ bao gồm: u bóng Vater (12 người bệnh), u đầu tụy (2 người bệnh), u nang đầu tụy (1 người bệnh). Tuổi trung bình: 53,6 ± 11,8 (dao động 37 – 72 tuổi), thời gian mổ trung bình 265,3 ± 55 phút trong đó thời gian mổ nội soi 139,5 ± 44,3 phút với đường mổ mở dài 8,6 ± 3,4 cm, tổng số hạch nạo vét trung bình 9 ± 2,6 hạch. Ba người bệnh chuyển mổ mở (20%) với lượng máu mất trong mổ trung bình 438 ± 305 ml, thời gian nằm viện 18,3 ngày. Tai biến và biến chứng gặp: 1 người bệnh cắt phải động mạch mạc treo tràng trên (6,7%), 6 người bệnh rò tụy (40%) chủ yếu mức độ A (26,6%), 4 người bệnh rò mật (26,7%), 3 người bệnh chậm lưu thông dạ dày (20%), 1 người bệnh tử vong (6,7%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hỗ trợ có thể áp dụng điều trị các khối u vùng bóng Vater trên những người bệnh được lựa chọn. Hiệu quả và mức độ an toàn của phẫu thuật cần theo dõi thêm với số lượng lớn hơn.

Laparoscopy - Assisted pancreatoduodenectomy in the treatment of Peri - Ampullary tumors

Tran Hieu Hoc, Tran Que Son, Tran Manh Hung, Vu Duc Long, Nguyen Ngoc Hung, Tran Thanh Tung, Trieu Van Truong, Nguyen Tien Quyet, Tran Binh Giang.

1. Bach Mai Hospital, 2. Viet Duc University Hospital

Abstract

Introduction: We report the clinical short-term outcomes of laparoscopic-assisted pancreatoduodenectomy (LAPD) for periampullary tumors.

Material and Methods: A retrospective review of patients who underwent LAPD from 9/2016 to 9/2017 at Bach Mai University Hospital.

Results: Fifteen patients were included in this study. The preoperative diagnoses were ampullary carcinoma (n = 12), pancreatic head tumors (n = 2) and intraductal papillary mucinous neoplasm (n = 1). The median age was 53.6 years (range 37 – 72 years). The median operating time was 265.3 minutes (range 180 – 360 minutes) with the median time of laparoscopic approach was 139.5 mins and the median estimated blood loss was 438 ml (range 150 – 1241 ml). The median incision length for laparotomy was 8.6 cm (range 5 – 15 cm). The averaged lymph node collection was 9 ± 2.6 nodes. The median hospital stay was 18.3 days with three patients that underwent conventional open surgery. One patient with injury superior mesenteric artery (SMA) during laparoscopic approach that needed be to repaired. Postoperative complications were pancreatic fistula (40%), bile leakage (26.7%), delayed empty gastric (20%) and mortality (6.7%).

Conclusion: LAPD is a technically safe and feasible alternative treatment for selected patients with periampullary tumors. The long-term outcomes and potential benefits of this technique need to be obsevered in a larger patient population.

Keyword: Pancreatoduodenectomy, Laparoscopic-assisted pancreatoduodenectomy, Laparoscopic pancreatoduodenectomy assisted by mini-laparotomy.

I. Đặt vấn đề

Ung thư vùng bóng Vater là bệnh lý thường xuyên gặp ở vùng ống tiêu hóa, trong đó ung thư đầu tụy chiếm 80%, u bóng Vater (10%), ung thư đoạn cuối ống mật chủ (5%) và ung thư tá tràng (5%). Riêng u bóng Vater chiếm khoảng 6% các khối u vùng quanh bóng Vater và chiếm khoảng 0,2% tất cả các bệnh ung thư đường tiêu hóa [1, 2]. So với ba loại ung thư còn lại, ung thư bóng Vater có tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ chiếm 30%– 50% khi chưa có di căn hạch [3]. Cắt khối tá tràng đầu tụy là một phẫu thuật phức tạp về mặt kỹ thuật, biến chứng sau mổ, cách thức lập lại lưu thông ở các miệng nối vẫn còn đang được bàn luận. Theo các tác giả ở Johns Hopkins (1999) thì tỷ lệ tử vong và biến chứng của nhóm không nạo vét hạch là 5,4% và 34% so với nhóm được nạo vét hạch là 3,4% và 40% [4, 5]. Năm 1994, Garner và Pomp giới thiệu phương pháp cắt khối tá tụy qua nội soi khi tiến hành phẫu thuật cho một người bệnh bị viêm tụy mạn, ca mổ diễn ra trong 600 phút và người bệnh phải nằm viện 30 ngày [6]. Thời gian đầu, phẫu thuật nội soi cắt tá tụy ít được áp dụng, số lượng người bệnh không nhiều bởi một số nhược điểm so với mổ mở như thời gian phẫu thuật kéo dài, tỷ lệ chuyển mổ mở, tỷ lệ biến chứng sau mổ như dò miệng nối tụy – ruột, dò miệng nối mật ruột còn cao, hạn chế về dụng cụ phẫu thuật nên phải 8 năm sau mới có thêm một báo cáo với số lượng hơn 10 người bệnh [7-10]. Hiện nay với sự phát triển của kỹ thuật mổ nội soi, các phương tiện hỗ trợ trong khi mổ như dao siêu âm, dao ligasure thì phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng với số lượng người bệnh số lượng lớn, khả thi và an toàn với nhiều ưu điểm như ít đau, nhanh phục hồi, nằm viện ngắn, thực hiện được miệng nối ở trong sâu như miệng nối mật – ruột [8, 10, 11]. Tại Việt Nam, đã có một số báo cáo về kết quả phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy cho kết quả khả quan, không trường hợp nào phải chuyển mổ mở, tỷ lệ tử vong 0%, biến chứng thấp nhưng với số lượng người bệnh nhiều nhất là 13 người bệnh [12, 13]. Nhằm góp phần nghiên cứu phẫu thuật các khối u vùng bóng Vater bằng kỹ thuật mổ xâm lấn tối thiểu, chúng tôi ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy nhằm đưa ra chỉ định và kết quả bước đầu trong việc điều trị nhóm bệnh lý này.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 15 người bệnh được chẩn đoán u vùng bóng Vater được phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy tại khoa Ngoại – Bệnh viện Bạch Mai từ 9/2016 – 9/2017.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh:

Người bệnh được chẩn đoán là u vùng bóng Vater xác định bằng:

Soi dạ dày- tá tràng có khối u vùng bóng Vater.

Chụp cắt lớp vi tính, MRI thấy u ở D2 tá tràng, u đầu tụy, u phần thấp ống mật chủ.

Kết quả giải phẫu bệnh qua sinh thiết trước mổ hoặc bệnh phẩm sau mổ trả lời là u tá tràng, u Vater, u đầu tụy hay ung thư biểu mô đường mật.

Khối u chưa xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa, u đầu tụy kích thước < 3 cm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh lý hô hấp, tim mạch không thể gây mê mổ nội soi

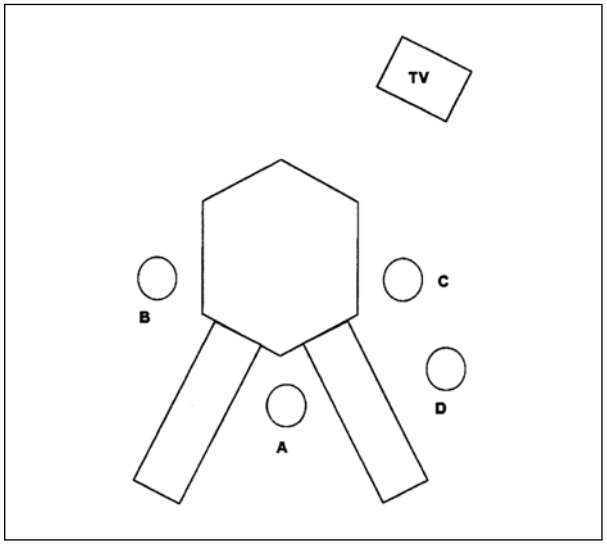
Người bệnh đường mổ bụng cũ trên rốn

Phương pháp nghiên cứu

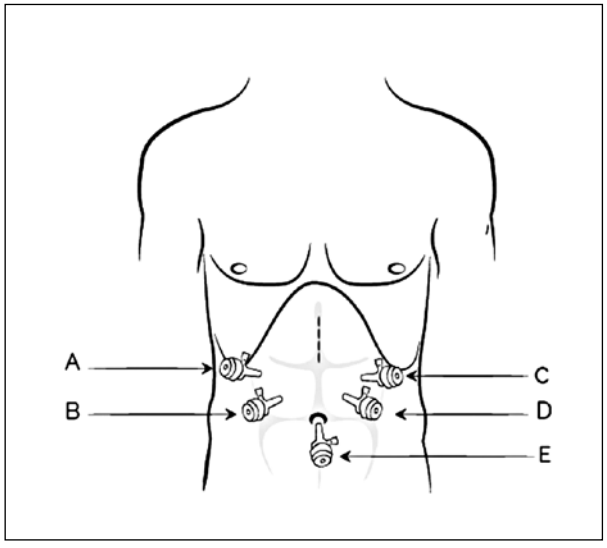
Phương pháp: mô tả hàng loạt ca. Người bệnh được thực hiện phẫu thuật Whipple cổ điển (cắt túi mật, cắt ống mật chủ, cắt hang vị, cắt quai hỗng tràng đầu tiên, cắt đầu tụy) hoặc phẫu thuật Whipple có bảo tồn môn vị (phẫu thuật Traverso – Longmire), các miệng nối tụy ruột, mật ruột và vị tràng đều trên quai ruột non. ***Chỉ tiêu nghiên cứu trước mổ*** bao gồm giới, tuổi, chỉ số BMI, phân loại người bệnh theo hiệp hội hồi sức Mỹ (ASA). ***Chỉ tiêu nghiên cứu trong mổ*** gồm độ dài đường mở bụng, thời gian mổ, lượng máu truyền trong mổ, mức độ triệt căn, số hạch nạo vét được, tỷ lệ chuyển mổ mở. ***Chỉ tiêu nghiên cứu sau mổ*** bao gồm thời gian nằm viện, biến chứng chung, tỷ lệ rò tụy, chậm lưu thông dạ dày, tử vong.

Quy trình phẫu thuật:

Người bệnh được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, dạng hai chân. Đặt trocar 10 mm dưới rốn, bơm CO_2 áp lực 12 mmHg, đưa camera có ống kính nghiêng 30^o quan sát đánh giá toàn bộ gan, vòm hoành, túi mật, phúc mạc ổ bụng. Bốn trocar tiếp theo được đặt dưới quan sát của camera (10 mm ngang rốn, đường vú trái, 10 mm ngang rốn, đường vú phải, 5 mm dưới sườn phải, 5 mm dưới sườn trái).



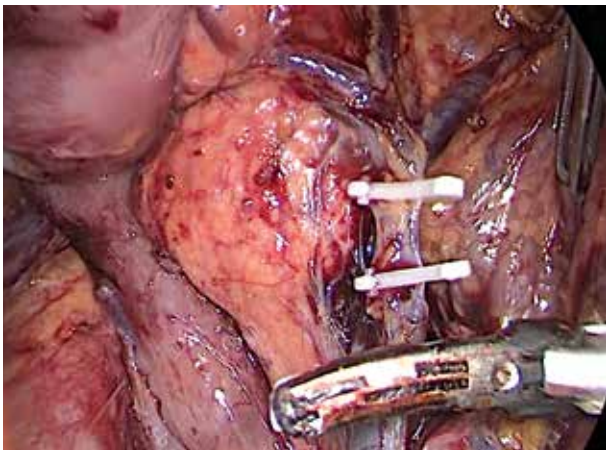
Ảnh 1. Tư thế người bệnh, kíp phẫu thuật
(A) Phẫu thuật viên chính, (B) phụ 1,
(C) Phụ 2, (D) Dụng cụ viên



Ảnh 2. Vị trí các trocar
(A,C) trocar 5 mm, (B,D) trocar 10 mm, (E) trocar 10 mm cho camera

Nguồn: Mendoza (2015) [14]

Dùng dao siêu âm Harmonic Scalpel (Ethicon Endo Surgery Industries, Cincinnati, OH, USA) cắt dây chằng vị đại tràng, hạ đại tràng góc gan, cắt hai lá của mạc nối lớn, thắt bó mạch vị mạc nối phải, cắt mạc nối nhỏ bộc lộ bờ dưới, bờ trên hang môn vị và mặt sau dạ dày, lấy hạch nhóm 6 (dưới môn vị) và nhóm 5 (trên môn vị) cùng bệnh phẩm (ảnh 3).

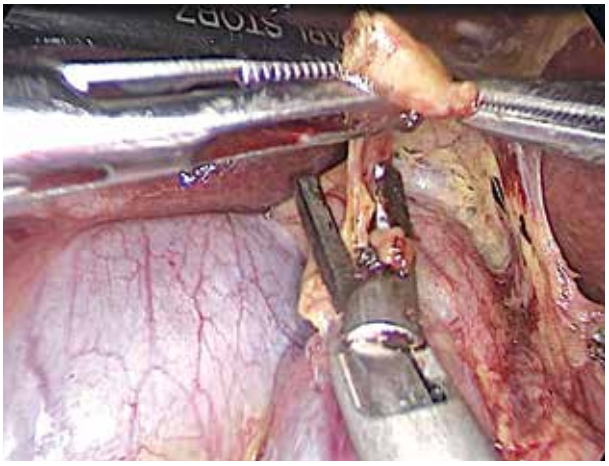


Ảnh 3. Kẹp cắt bó mạch vị mạc nối phải

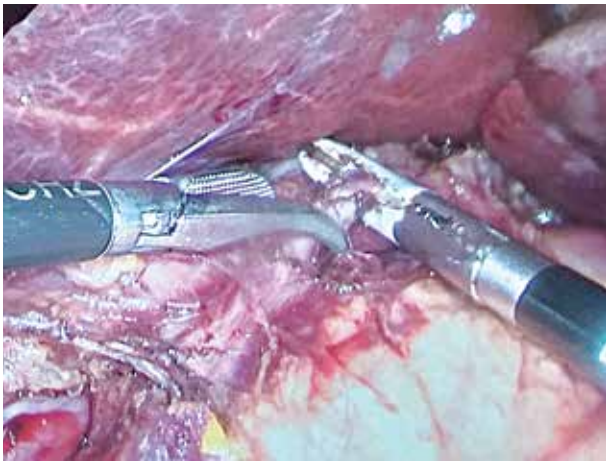


Ảnh 4. Di động khối tá tràng đầu tụy

Thực hiện thủ thuật Kocher di động khối tá tràng đầu tụy. Cắt túi mật, cắt đôi ống mật chủ, kẹp hemolock hoặc cắt động mạch vị tá tràng bằng dao Ligasure (Valleylab, Tyco Healthcare Group, Boulder, CO, USA).

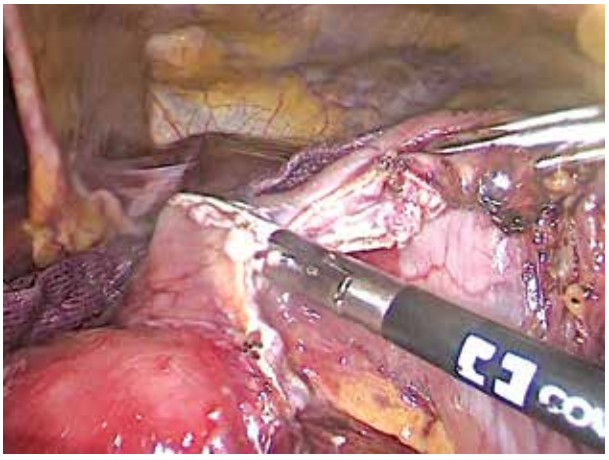


Ảnh 5. Phẫu tích, cắt đôi ống mật chủ

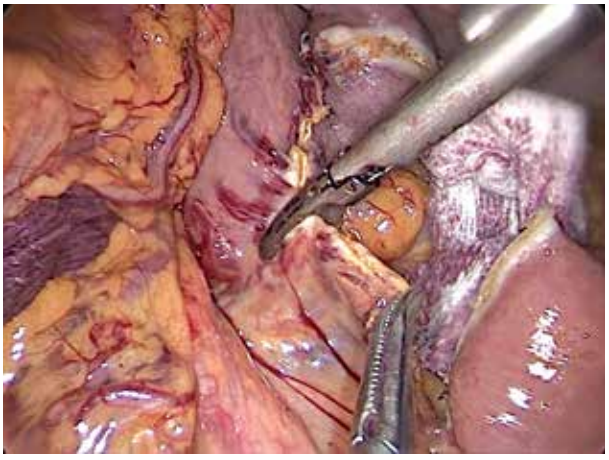


Ảnh 6. Cắt động mạch vị tá tràng

Lấy toàn bộ nhóm hạch cuống gan (nhóm 12a,12b), lấy hạch dọc động mạch thân tạng và gan chung (nhóm 7, 8, 9). Cắt tá tràng dưới môn vị 2 – 3 cm nhằm bảo tồn môn vị nếu tá tràng chưa bị xâm lấn hoặc ngược lại sẽ cắt hang vị.



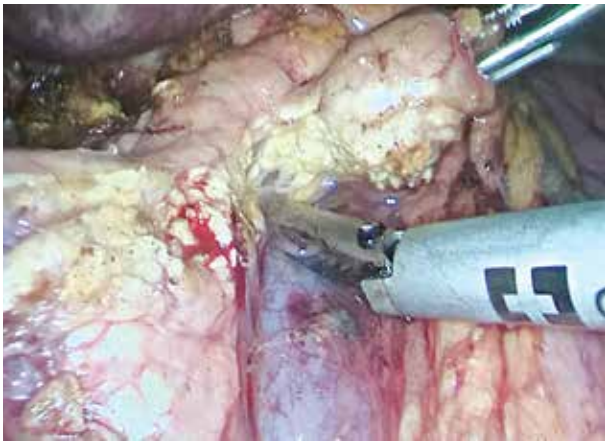
Ảnh 7. Cắt hang vị (hoặc cắt tá tràng dưới môn vị 2-3 cm)



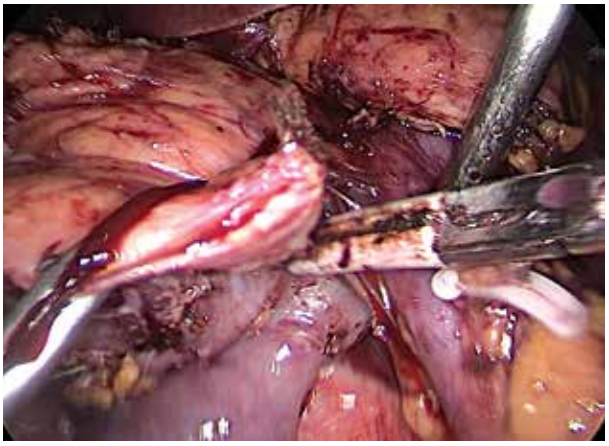
Ảnh 8. Cắt quai hỗng tràng đầu tiên, tháo bắt chéo

Cắt quai hỗng tràng đầu tiên dài 10 – 15 cm tính từ góc Treizt bằng dao siêu âm hoặc dao Ligasure, cắt dây chằng góc Treizt, tháo bắt chéo.

Tách eo tụy ra khỏi tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Cắt eo đôi eo tụy bằng dao siêu âm. Phẫu tích mỏm móc tụy và đám rối thần kinh đầu tụy khỏi tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa bằng dao Ligasure, dao siêu âm hoặc kẹp hemolock. Hạch nhóm 13 (sau đầu tụy) và nhóm 17 (trước đầu tụy) lấy cùng bệnh phẩm.



Ảnh 9. Cắt đôi eo tụy



Ảnh 10. Phẫu tích cắt mỏm móc tụy

Rạch da đường trắng giữa trên rốn dài từ 5 – 10 cm, hoặc dài hơn nếu người bệnh phải chuyển mổ mở. Qua đường mở bụng lấy bệnh phẩm, thực hiện ba miệng nối trên một quai rộng non: nối tụy ruột tận - bên (một lớp mũi rời = 8 người bệnh, một lớp vắt = 1 người bệnh, hai lớp = 6

người bệnh), nối mật - ruột tận – bên (một lớp vắt, không dẫn lưu), dạ dày – ruột tận bên (một lớp mũi rời hoặc vắt, miệng nối trước mạc treo đại tràng ngang).

Đặt dẫn lưu ổ bụng.

Đóng bụng 2 lớp.

Một số quy ước nghiên cứu:

Mức độ triệt căn: phụ thuộc vào kết quả sinh thiết của các diện cắt mà khối u vùng đầu tụy có thể xâm lấn và di căn đến bao gồm diện cắt đường mật, diện cắt dạ dày, diện cắt hỗng tràng, diện cắt mạc treo đầu tụy và lấy các hạch hệ thống quanh đầu tụy mà có thể khối u di căn đến. Mức độ triệt căn được phân loại: R0 (Không còn tổ chức ung thư tại diện cắt cả về đại thể lẫn vi thể), R1 (Diện cắt hết u về đại thể nhưng vi thể vẫn còn u). R2 (còn ung thư về mặt đại thể). Các diện cắt được coi là dương tính (R1) nếu khoảng cách tới u < 1 cm.

Xếp loại giai đoạn bệnh:

Đối với ung thư đầu tụy: theo phân loại của hiệp hội chống ung thư quốc tế 2002 đối với u đầu tụy và u bóng Vater [15].

Khối U (T)	**Hạch (N): phân tích ít nhất 10 hạch**	**Di căn xa (M)**	**Giai đoạn bệnh**
Tx: không đủ thông tin để phân loại khối u	Nx: Không đủ thông tin để phân loại hạch	M0: không di căn xa	GĐ 0: Tis N0 M0
Tis: Ung thư tại chỗ			GĐ IA: T1 N0 M0
T1: Đường kính u tụy lớn nhất < 2 cm, giới hạn tại tụy. U Vater khu trú tại bóng Vater hay cơ vòng Oddi	N0: Không di căn hạch vùng	M1: Có di căn xa	GĐ IB: T2 N0 M0
T2: Đường kính u tụy lớn nhất >2 cm. U Vater xâm lấn thành tá tràng			GĐ IIA: T3 N0 M0
T3: U tụy xâm lấn một trong những tạng: tá tràng, ống mật chủ, tổ chức quanh tụy nhưng không xâm lấn mạch máu. U Vater xâm lấn tụy	N1: Có di căn hạch vùng		GĐ IIB:T1-3N1M0 GĐ III: T4, N bất kỳ, M0 GĐ IV: M1, T và N bất kỳ
T4: U tụy xâm lấn động mạch thân tạng hoặc động mạch mạc treo tràng trên U Vater xâm lấn mô mềm quanh tụy hay các cơ quan lân cận ngoài tụy.			

III. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh và kết quả sớm

Tuổi (năm)		53,6 ± 11,8 (37 – 72)
Giới (nam/nữ)		8/7
BMI		20,4 ± 1,7
Điểm ASA (I/II/III)		7/7/1
Chẩn đoán		
Ung thư bóng Vater		12 (80%)
U nang đầu tụy		1 (6,7%)
Ung thư đầu tụy		2 (13,3%)
Tính chất nhu mô tụy	(mềm/chắc)	14/1
Kích thước ống tụy	(≤ 3 mm/ > 3 mm)	8/7
Kích thước ống mật chủ	(≤ 10 mm/ > 10 mm)	3/12

Giá trị được trình bày dưới dạng: X ± SD hoặc n (%)

Nhận xét: Người bệnh được chọn phần lớn bị u bóng Vater (80%), chỉ có 2 người bệnh bị u đầu tụy. Phần lớn nhu mô tụy mềm, ống tụy giãn gặp ở 7 người bệnh (46,7%).

Bảng 2. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian phẫu thuật chung (phút)	265,3 ± 55 (180 – 360)
Thời gian thì mổ nội soi hỗ trợ (phút)	139,5 ± 44,3 (60 – 230)
Thời gian mổ mở làm 3 miệng nối (phút)	125,8 ± 31,7
Máu mất trong mổ (mL)	438 ± 305 (150 -1241)
Độ dài đường mở nhỏ (cm)	8,6 ± 3,4 (5 – 15)
Tổng số hạch nạo vét (hạch)	9 ± 2,6 (5 – 12)
Thời gian nằm viện (ngày)	18,3 ± 13,4 (9 – 60)
Chuyển mổ mở (ca)*	3 (20%)
Tai biến trong mổ**	1 (6,7%)
Tử vong trong 30 ngày***	1 (6,7%)
Biến chứng chung sau mổ	9 (60%)

Giá trị được trình bày dưới dạng: X ± SD hoặc n (%)

Nhận xét: Tai biến trong mổ gặp một trường hợp cắt đứt đôi động mạch mạc treo tràng trên khi phẫu tích cắt mỏm móc tụy khỏi phức hợp tĩnh mạch cửa – tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Người bệnh này phải cắm lại động mạch mạc treo tràng trên vào động mạch chủ bụng. Một người bệnh tử vong vào ngày thứ 7, đây là người bệnh đầu tiên được mổ nội soi hỗ trợ.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

Rò tụy		6 (40%)
	Độ A	4 (26,6%)
	Độ B	1 (6,7%)
	Độ C	1 (6,7%)
Rò mật		4 (26,7%)
Chậm lưu thông dạ dày		3 (20%)
Nhiễm trùng vết mổ		3 (20%)
Ổ cặn màng phổi		1 (6,7%)
Tắc ruột non		1 (6,7%)

Nhận xét: Rò tụy chiếm tỷ lệ cao nhất (40%), chủ yếu là mức độ A điều trị bằng nội khoa. Có một người bệnh bị cả biến chứng rò tụy, rò mật, tràn dịch màng phổi tạo ổ cặn màng phổi. Hai người bệnh đồng thời bị rò tụy và rò mật (13,3%). Một người bệnh bị tắc ruột non sau mổ 3 tuần do sự cản trở của đầu sonde petze mở thông hỗng tràng.

IV. Bàn luận

Điều trị triệt căn các khối u vùng quanh bóng Vater, phẫu thuật được áp dụng đó là cắt khối đầu tụy tá tràng kinh điển (phẫu thuật Whipple) và phẫu thuật cắt khối đầu tụy tá tràng nhưng bảo tồn môn vị (phẫu thuật Traverso – Longmire). Do sự phức tạp của phẫu thuật nên tỷ lệ biến chứng sau mổ còn tương đối cao tới 40 – 60% đặc biệt là biến chứng ở miệng nối tụy – ruột rất khó khăn trong chẩn đoán cũng như điều trị. Kỹ thuật khó, nhiều biến chứng, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp, hạn chế về trang thiết bị là những thách thức khi áp dụng phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy. Việc thực hiện miệng nối tụy – ruột (hoặc tụy – dạ dày) và miệng nối mật – ruột đến nay vẫn là trở ngại đối với phẫu thuật viên ngay cả khi mổ mở do vị trí giải phẫu, do biến chứng dò miệng nối. Một số kỹ thuật khâu nối tụy – ruột non đã được các tác giả trên thế giới giới thiệu như miệng nối Blumgart, miệng nối Kakita, miệng nối Blumgart cải tiến, lồng tụy vào ruột kiểu Peng nhằm hạn chế rò tụy đặc biệt là những trường hợp nhu mô tụy mềm, ống tụy không giãn [16, 17]. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy được Gagner thực hiện lần đầu tiên năm 1994 cho một người bệnh bị viêm tụy mạn nhưng phải đến hơn 8 năm sau mới có thêm một báo cáo với số lượng hơn 10 người bệnh [6, 7, 18]. Ứng dụng dao siêu âm, dao Ligasure để hàn mạch trong mổ có thể cắt bỏ được khối tá tụy, nạo vét được hạch, thậm chí có thể thực hiện các miệng nối qua nội soi hoàn toàn. Tính đến tháng 5/2016 đã có 728 báo cáo về phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy trên toàn thế giới được công bố, nhiều báo cáo với số lượng lớn người bệnh cho thấy tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật nội soi [10, 19, 20]. Năm 2017, một so sánh với số lượng rất lớn giữa phẫu thuật nội soi (828 ca) và mổ mở (7385 ca) khi điều trị ung thư đầu tụy từ dữ liệu ung thư thư quốc gia Mỹ *(NCDC - The National Cancer Data Base)* cho thấy không có sự khác biệt về mặt ung thư học cũng như kết quả xa giữa mổ nội soi và mổ mở nhưng người bệnh được mổ nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục nhanh, bắt đầu điều trị hóa chất sớm hơn so với mổ mở [21]. (Bảng 4)

Do bước đầu thực hiện kỹ thuật này nên chúng tôi thường chọn người bệnh dưới 70 tuổi (13 người bệnh), phân loại người bệnh theo Hiệp hội hồi sức Mỹ (ASA) ở mức I và II (93,3%). Chúng tôi chọn những người bệnh bị những khối u vùng đầu tụy có độ ác tính thấp như u bóng Vater (80%), u lành tính của đầu tụy (6,7%) hoặc khối u tụy kích thước nhỏ hơn 3 cm (13,3%). Giải phẫu bệnh phẩm sau mổ, người bệnh ở giai đoạn T1 và T2 (46,7%), giai đoạn T3 (53,3%) và 2 người bệnh (13,3%) có di căn hạch vùng (N1). Tất cả các diện cắt tụy, diện cắt dạ dày hoặc diện cắt tá tràng (nếu bảo tồn môn vị), diện cắt đường mật đều đạt mức độ triệt căn R0. Tuy nhiên, chỉ có 8 người bệnh ghi nhận được tổng số hạch nạo vét được với số hạch trung bình là 9 ± 2,6 hạch. Nhóm người bệnh của chúng tôi được thực hiện theo một quy trình thống nhất bao gồm hai thì. Thì mổ nội soi để thực hiện di động và cắt khối tá tràng đầu tụy với thời gian mổ trung bình 139,5 phút. Tỷ lệ chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở gặp ở ba người bệnh (3/13), trong đó một trường hợp do ổ bụng dính nhiều vùng dưới gan sau mổ cắt túi mật nội soi, một

Bảng 4. Kết quả một số nghiên cứu phẫu thuật cắt khối tá tụy nội soi trên thế giới

	Asbun (2012) [22]	**Croome (2014) [9]**	**Dokmak (2015) [20]**	**Song (2015) [23]**	**Senthilnathan (2015) [10]**	**Delitto (2016) [24]**
n	53	108	46	97	130	52
Tuổi (năm)	62,9 ± 14,1	66,6 ± 9,6	60 (27–85)	48,6 ± 4,1	54 (28–76)	65,3 ± 1,7
BMI (kg/chiều cao^2)	27,6 ± 7,1	27,4 ± 5,4	22,6 (17–30)	22,7 ± 2,8	27,9 (22,6–33,8)	26,3 ± 0,8
Thời gian mổ (phút)	541 ± 88	379,4 ± 93,5	342 (240–540)	480,4 ± 116,4	310 ± 34	361 ± 7
Mất máu trong mổ (ml)	195 ± 136	492 ± 519,3	368 (50–1200)	592 ± 376	110 ± 22	260 ± 36
Chuyển mổ mở, n (%)	9 (15%)	7 (6,4%)	3 (6,5%)	-	1 (0,7%)	7 (9%)
Biến chứng chung, n (%)	25 (47,2%)	-	34 (74%)	26 (26,8%)	29,7%	-
Rò tụy sau mổ, n (%)	7 (13,2%)	12 (11%)	22 (47,8%)	29 (29,9%)	11 (8,4%)	9 (17,3%)
Chậm lưu thông dạ dày	6 (11,3%)	10 (9%)	8 (17%)	15 (15,4%)	14 (10,7%)	-
Chảy máu miệng nối tụy	5 (9,4%)	8 (7%)	11 (24%)	-	6 (4,6%)	5 (10%)
Thời gian nằm viện (ngày)	8 ± 3,2	6 (4 –118)	25 (6 –104)	14,1 ± 7,7	8,1 ± 8,6	9 ± 0,7
Mổ lại	2 (3,8%)	-	2 (4,3%)	-	5 (3,8%)	-
Tử vong	3 (5,7%)	1 (1%)	1 (2%)	1 (1%)	2 (1,5%)	1 (2%)

trường hợp do khối u đầu tụy thâm nhiễm, một trường hợp chảy máu từ tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Thì mở bụng đường trắng giữa trên rốn thực hiện 3 miệng nối đồng thời lấy bệnh phẩm với chiều dài trung bình 8,6 cm (dao động 5 – 15 cm). Tác giả Lee cho rằng miệng nối mật ruột nằm sâu về phía rốn gan, lệch nhiều về bên phải, với vết mổ nhỏ đường trắng giữa thì thực hiện miệng nối này rất khó khăn. Do đó tác giả tiến hành giải phóng, cắt rời khối tá tụy đồng thời làm miệng nối mật ruột bằng mổ nội soi, sau đó mở bụng đường trắng giữa dưới mũi ức dài 5 cm thực hiện miệng nối tụy – dạ dày và miệng nối dạ dày – ruột. Thời gian mổ trung bình 404 ± 30,5 phút, mất máu trong mổ 374,5 ± 176,9 ml, tỷ lệ chuyển mổ mở (7,1%) [11]. Một kỹ thuật phẫu thuật nội soi với sự hỗ trợ của bàn tay găng được giới thiệu bởi Chen Ying Jun. Tác giả cũng thực hiện thì nội soi cắt rời khối đầu tụy tá tràng, sau đó mở bụng đường dưới sườn trái dài 5 cm để lấy bệnh phẩm và thực hiện khâu nối qua bàn tay găng dưới quan sát trên màn hình [25]. Rò tụy sau mổ là một trong những biến chứng nguy hiểm của phẫu thuật cắt khối tá tụy, đặc biệt ở những người bệnh có nhu mô tụy mềm, ống tụy không giãn, mất máu trong mổ hơn 1000 ml [5]. Người bệnh được chọn chủ yếu là u bóng Vater, u lành đầu tụy, nhu mô tụy thường mềm (93,3%), chỉ có 7 người bệnh ống tụy giãn (46,7%). Ngày thứ ba sau mổ chúng tôi lấy dịch dẫn lưu làm xét nghiệm bilirubin và đo nồng độ amylase thấy tỷ lệ rò tụy gặp ở 6 người bệnh (40%) phần lớn ở mức độ A điều trị nội khoa, rò mật gặp ở 4 người bệnh (26,7%), trong đó có một người bệnh có cả rò mật, rò tụy, tràn dịch đa màng một tuần sau khi mổ, nằm viện gần hai tháng mới ra viện. Qua 15 trường hợp đầu tiên được thực hiện phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy các yếu tố mang đến tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi đó là: Lựa chọn người bệnh cẩn thận: nên chọn những khối u lành tính hoặc độ ác tính thấp, kích thước nhỏ, chưa có tiền sử mổ bụng trước đó. Sử dụng các dụng cụ cầm máu hiệu quả (dao Ligasure, dao siêu âm). Phối hợp nhịp nhàng giữa các thành viên trong mổ. Cắt móc tụy khỏi tĩnh mạch cửa cẩn thận, kẹp những nhánh tĩnh mạch nhỏ bằng Hemolock hoặc khâu buộc.

V. Kết luận

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy là một phẫu thuật khó, đòi hỏi trang thiết bị và kỹ thuật mổ thành thạo nhưng khả thi, kết hợp được hiệu quả của phẫu thuật nội soi và mổ mở.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật nội soi, biến chứng sau mổ, mức độ triệt căn của phẫu thuật, kết quả sống thêm sau mổ cần phải theo dõi xa với số lượng lớn hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Gaspar B., Beuran M., Paun S., et al (2013). Current strategies in the therapeutic approach for adenocarcinoma of the ampulla of Vater. Journal of medicine and life, 6, 3, 260-265.
2. Albores-Saavedra J., Schwartz A.M., Batich K., et al (2009). Cancers of the ampulla of vater: demographics, morphology, and survival based on 5,625 cases from the SEER program. Journal of surgical oncology, 100, 7, 598-605.
3. Balachandran P., Sikora S.S., Kapoor S., Krishnani N., et al (2006). Long-term survival and recurrence patterns in ampullary cancer. Pancreas, 32, 4, 390-395.
4. Yeo C.J., Cameron J.L., Sohn T.A., et al (1999). Pancreaticoduodenectomy with or without extended retroperitoneal lymphadenectomy for periampullary adenocarcinoma: comparison of morbidity and mortality and short-term outcome. Annals of surgery, 229, 5, 613-622
5. Pratt W.B., Callery M.P., Vollmer C.M (2008). Risk prediction for development of pancreatic fistula using the ISGPF classification scheme. World journal of surgery, 32, 3, 419-428.
6. Gagner M., Pomp A (1994). Laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. Surgical endoscopy, 8, 5, 408-410.
7. Wang M., Cai H., Meng L., et al (2016). Minimally invasive pancreaticoduodenectomy: A comprehensive review. Int J Surg, 35, 11, 139-146.
8. [8] Kendrick M.L., Cusati D (2010). Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy: feasibility and outcome in an early experience. Arch Surg, 145, 1, 19 - 23.
9. Croome K.P., Farnell M.B., Que F.G., et al (2014). Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: oncologic advantages over open approaches? Annals of surgery, 260, 4, 633-638
10. Senthilnathan P., Srivatsan Gurumurthy S., Gul S I., et al (2015). Long-term results of laparoscopic pancreaticoduodenectomy for pancreatic and periampullary cancer-experience of 130 cases from a tertiary-care center in South India. Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques. Part A, 25, 4, 295-300.
11. Lee J.S., Han J.H., Na G.H., et al (2013). Laparoscopic pancreaticoduodenectomy assisted by mini-laparotomy. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques, 23, 3, 98-102.
12. Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải (2010). Phẫu thuật cắt khối tá tụy nội soi: báo cáo 1 trường hợp. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 14, 4, 8 - 11.
13. Nguyễn Hoàng Bắc, Trần Công Duy Long, Nguyễn Đức Thuận và cs (2013). Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 17, 1, 88 - 93.
14. Mendoza A.S., Han H. S., Yoon Y. S., et al (2015). Laparoscopy-assisted pancreaticoduodenectomy as minimally invasive surgery for periampullary tumors: a comparison of short-term clinical outcomes of laparoscopy-assisted pancreaticoduodenectomy and open pancreaticoduodenectomy. Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences, 22, 12, 819-824.
15. Isaji S., Kawarada Y., Uemoto S (2004). Classification of pancreatic cancer: comparison of Japanese and UICC classifications. Pancreas, 28, 3, 231-234.
16. Kleespies A., Rentsch M., Seeliger H., et al (2009). Blumgart anastomosis for pancreaticojejunostomy minimizes severe complications after pancreatic head resection. The British journal of surgery, 96, 7, 741-750.
17. Fujii T., Sugimoto H., Yamada S., et al (2014). Modified Blumgart anastomosis for pancreaticojejunostomy: technical improvement in matched historical control study. Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract, 18, 6, 1108-1115.
18. Dulucq J.L., Wintringer P., Mahajna A (2006). Laparoscopic pancreaticoduodenectomy for benign and malignant diseases. Surgical endoscopy, 20, 7, 1045-1050.
19. Coppola A., Stauffer J.A., Asbun H.J (2016). Laparoscopic pancreatoduodenectomy: current status and future directions. Updates in surgery, 68, 3, 217-224.
20. Dokmak S., Fteriche F.S., Aussilhou B., et al (2015). Laparoscopic pancreaticoduodenectomy should not be routine for resection of periampullary tumors. Journal of the American College of Surgeons, 220, 5, 831-838.
21. Kantor O., Talamonti M.S., Sharpe S., et al (2017). Laparoscopic pancreaticoduodenectomy for adenocarcinoma provides short-term oncologic outcomes and long-term overall survival rates similar to

those for open pancreaticoduodenectomy. Am J Surg, 213, 3, 512-515.

22. Asbun H.J., Stauffer J.A (2012). Laparoscopic vs open pancreaticoduodenectomy: overall outcomes and severity of complications using the Accordion Severity Grading System. Journal of the American College of Surgeons, 215, 6, 810-819.
23. Song K.B., Kim S.C., Hwang D.W., et al (2015). Matched Case-Control Analysis Comparing Laparoscopic and Open Pylorus-preserving Pancreaticoduodenectomy in Patients With Periampullary Tumors. Annals of surgery, 262, 1, 146-155.
24. Delitto D., Luckhurst C.M., Black B. S., et al (2016). Oncologic and Perioperative Outcomes Following Selective Application of Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy for Periampullary Malignancies. Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract, 20, 7, 1343-1349.
25. Chen Y.J., Lau W.Y., Zhen Z.J., et al (2017). Long-sleeve-working-port assisted laparoscopic pancreaticoduodenectomy-A new technique in laparoscopic surgery. International journal of surgery case reports, 3, 1, 190-193.