

- transhepatic biliary drainage route: results of 695 patients - Journal of Vascular and Interventional Radiology. <[https://www.jvir.org/article/S10510443\(13\)01903-9/abstract](https://www.jvir.org/article/S10510443(13)01903-9/abstract)>, accessed: 02/07/ 2018.
4. **Phạm Văn Anh (2014)**, Nghiên cứu Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật. Tại BV Việt Đức - LV tốt nghiệp Thạc Sĩ. .
 5. **Riciardi R, Islam S, Canete JJ et al (2003)** Effectiveness and long-term results of laparoscopic common bile duct exploration. Surg Endosc 17:19–22.
 6. **Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF (2005)** Cholelithiasis and cholecystitis. J Long Term Eff Med Implants 15:329–338. .
 7. **Kim H.C., Park S.H., Shin H.C., Park S.J., Kim H.H., et al (2004)**, "Three- dimensional reconstructed images using multidetector computed tomography in evaluation of the biliary tract: an illusive review", Abdom Imaging, 29, pp. 472- 478.
 8. **Shin J., Shim H., và Yoon H. (2014)**. A single center study of biliary stone removal through the percutaneous transhepatic biliary drainage route: results of 695 patients. Journal of Vascular and Interventional Radiology, 25(3), S50.
 9. **Park Y.S., Kim J.H., Choi Y.W. và cộng sự. (2005)**. Percutaneous treatment of extrahepatic bile duct stones assisted by balloon sphincteroplasty and occlusion balloon. Korean J Radiol, 6(4), 235–240.

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT ĐƯỜNG RẠCH NỐI TÁ-TÁ TRÀNG ĐIỀU TRỊ TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH

Trần Ngọc Sơn*, Nguyễn Thị Hồng Vân*, Hoàng Văn Bảo*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật phẫu thuật nội soi một đường rạch (PTNSMĐR) nối tá tá tràng điều trị tắc tá tràng bẩm sinh (TTTBS) ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo 1 ca bệnh và tổng quan y văn. **Kết quả:** Bệnh nhân (BN) nữ 20 tháng tuổi, nhập viện vì lý do nôn nhiều đợt từ sớm sau sinh, không ăn được thức ăn đặc, suy dinh dưỡng. Dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, BN được chẩn đoán TTTBS do teo tá tràng type I (màng ngăn có lỗ) và được chỉ định điều trị phẫu thuật. Chúng tôi rạch da rốn hình chữ Z cải tiến, đặt 2 trocar 5.5mm và 1 trocar 3.5mm trong phạm vi 1 vết rạch này. Dùng optic 30° và dụng cụ nội soi thẳng thông thường bộc lộ tá tràng trên và dưới chỗ tắc. Mở tá tràng dưới chỗ tắc theo trục dọc và trên chỗ tắc theo đường chéo. Nối tá-tá tràng kiểu đơn giản với chỉ PDS 5.0 mũi rời. Không có mất máu đáng kể, không có tai biến trong mổ. Thời gian mổ là 130 phút. Sau mổ bệnh nhân phục hồi tốt, không có biến chứng, ăn đường miệng từ ngày 3 và ra viện ngày 7 sau mổ. Theo dõi 9 tháng sau mổ, BN không còn triệu chứng, ăn được thức ăn đặc và tăng cân tốt. Thẩm mỹ sau mổ là rất tốt, BN coi như không nhìn thấy sẹo mổ. **Kết luận:** Kỹ thuật của chúng tôi PTNSMĐR điều trị TTTBS ở trẻ em có thể khả thi, an toàn và có kết quả thẩm mỹ rất tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi một đường rạch, nối tá tá tràng, tắc tá tràng bẩm sinh, trẻ em

SUMMARY

SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC DUODENO-DUODENOSTOMY FOR

**Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Sơn

Email: drtranson@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 29.12.2020

Ngày duyệt bài: 5.01.2021

CONGENITAL DUODENAL OBSTRUCTION

Objectives: We present our techniques of single incision laparoscopic duodeno-duodenostomy in a child with congenital duodenal obstruction (CDO).

Methods: This is a case report and review of the literature. **Results:** The patient was a 20 month-old girl, admitted to our department for multiple episodes of vomiting with onset very early in the newborn period, inability to eat solid food, malnutrition. Based on the clinical presentations and imaging studies, the diagnosis of CDO, probably due to duodenal atresia type I with fenestrated membrane, was made and the patient was indicated for laparoscopic surgical repair. A modified Z-shaped umbilical incision was made, 15mm in length. Two 5.5mm trocars and one 3.5mm trocar were placed at different points in the same incision. A standard 5mm, 30° laparoscope and conventional straight laparoscopic instruments were used. The duodenum proximal and distal to the obstruction site were exposed. The distal duodenum was incised longitudinally and the proximal duodenum was incised obliquely. Laparoscopic simple duodeno-duodenostomy was performed using 5.0 PDS interrupted suture with intracorporeal knots. There was no significant blood loss, no intra- and post-operative complications. The operative duration was 130 minutes. The patient resumed oral feeding on POD 3 and was discharged on POD 7. At a follow up 9 months the girl was asymptomatic; she was able to eat solid food and gained weight well. The postoperative cosmesis was excellent as the patient had no visible scar. **Conclusions:** Our technique of single incision laparoscopic duodeno-duodenostomy for CDO can be feasible, safe with excellent post-operative cosmesis.

Keywords: Single incision laparoscopic surgery, duodeno-duodenostomy, congenital duodenal obstruction, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc tá tràng bẩm sinh (TTTBS) là một trong

những bệnh lý ngoại khoa khá thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, chiếm tới gần 1 nửa trong các ca tắc ruột sơ sinh. Nguyên nhân gây TTTBS có thể do yếu tố bên trong (nguyên nhân nội tại) hay yếu tố bên ngoài [1]. Phẫu thuật mổ mở nối tá - tá tràng là một trong những phương pháp qui chuẩn điều trị TTTBS do nguyên nhân nội tại [1]. Gần đây, với sự phát triển của phẫu thuật nội soi (PTNS) ở trẻ em, PTNS nối tá-tá tràng đã được thực hiện thành công và được ứng dụng ngày càng phổ biến trong điều trị TTTBS ở các trung tâm lớn [2,3,4] PTNS thông thường điều trị TTTBS sử dụng 3-4 trocars đặt ở các vị trí khác nhau tương ứng với nhiều đường rạch da ở thành bụng. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về sử dụng PTNS một đường rạch (PTNSMĐR) nối tá- tá tràng trong điều trị TTTBS ở trẻ em được công bố. Chúng tôi báo cáo trường hợp đầu tiên bị TTTBS được điều trị bằng PTNSM ĐR nối tá-tá tràng thành công.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Trẻ nữ 20 tháng tuổi nhập viện vì triệu chứng nôn thường xuyên, bắt đầu sớm ngay từ thời kỳ sơ sinh, tăng cân kém. Trẻ đã đi khám và điều trị nội khoa nhiều lần nhưng không có kết quả. Tiền sử sản khoa BN là con thứ 2, đẻ đủ tháng, cân nặng lúc sinh 3kg. Thăm khám lúc vào viện BN thể trạng chung suy dinh dưỡng, cân nặng 8,4kg. BN không ăn được thức ăn đặc, nôn thường xuyên ra thức ăn cũ, có lúc nôn dịch vàng, bụng không chướng. Các cơ quan khác không có gì đặc biệt. Chụp X quang bụng không chuẩn bị cho thấy hình ảnh 2 mức nước hơi không điển hình (Hình 1).



Hình 1. Chụp X quang bụng không chuẩn bị

Chụp với thuốc cản quang cho thấy hình ảnh tắc tá tràng không hoàn toàn với đoạn tá tràng D1-D2 giãn, thuốc vẫn xuống được ruột non (Hình 2, 3).



Hình 2,3. Chụp lưu thông ruột: tá tràng giãn trên chỗ tắc (bên trái), thuốc vẫn xuống được hồng tràng (bên phải)

Dựa trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, BN được chẩn đoán TTTBS do màng ngăn có lỗ (teo tá tràng type 1) và được chỉ định điều trị phẫu thuật. Chúng tôi rạch da rốn hình chữ Z cải tiến, bóc tách làm rộng khoảng cân dưới da rồi đặt 2 trocar 5,5mm và 1 trocar 3,5mm qua ở các điểm khác nhau trong phạm vi cùng vết rạch da này (Hình 4).



Hình 4. Đặt 3 trocar qua cùng 1 đường rạch da rốn

Phẫu thuật dùng ống nội soi 30° và dụng cụ nội soi thẳng thông thường. Xác định chỗ tắc là chỗ mà tá tràng đột ngột nhỏ lại. Phẫu tích bóc lộ tá tràng trên và dưới chỗ tắc. Khâu chỉ Vicryl 4.0 đi qua trên và dưới chỗ tắc (chỗ dự kiến bắt đầu miệng nối) rồi khâu qua thành bụng để treo nhấc tá tràng lên. Dùng móc đốt điện mở tá tràng với xuất phát điểm ngay sát dưới mũi chỉ khâu treo: đầu dưới chỗ tắc theo trục dọc và đầu trên chỗ tắc theo đường chéo, chiều dài gần 2cm mỗi bên. Nối tá-tá tràng kiểu đơn giản 1 lớp với chỉ PDS 5.0 mũi rời, buộc bên trong bụng. Sau mổ không đặt dẫn lưu. Không có mất máu đáng kể, không có tai biến trong mổ. Thời gian mổ là 130 phút. BN sau mổ phục hồi tốt, không có biến chứng, ăn đường miệng từ ngày thứ 3 và ra viện ngày thứ 7 sau mổ. Theo dõi 9 tháng sau mổ, BN không còn triệu chứng, ăn được thức ăn đặc và tăng cân tốt. Thẩm mỹ sau mổ là rất tốt, BN coi như không nhìn thấy sẹo mổ (Hình 5).



Hình 6. Hình ảnh vết mổ rốn sau 3 tháng

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi nối tá-tá tràng điều trị TTTBS ở trẻ em đã được báo cáo đầu tiên vào năm 2001 bởi Bax [2] và sau đó đã được ứng dụng ở một vài trung tâm trên thế giới. Phẫu thuật nội soi điều trị tắc tá tràng bẩm sinh được coi là một trong những kỹ thuật khó trong phẫu thuật nhi với nguy cơ biến chứng cao, đặc biệt liên quan đến rò, hẹp miệng nối [8]. Gần đây, khi kỹ thuật mổ đã được hoàn thiện hơn, một số báo cáo đã cho thấy kết quả tốt [7]. Một số nghiên cứu phân tích tổng hợp so sánh giữa phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mổ mở trong điều trị TTTBS đã cho thấy phẫu thuật nội soi có hiệu quả điều trị tương đương so với mổ mở [3,4]. Nghiên cứu trước đây của chúng tôi cho thấy PTNS có ưu điểm hơn như rút ngắn thời gian phục hồi lưu thông ống tiêu hóa, giảm thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ biến chứng so với mổ mở [6].

PTNSMĐR được cho là giảm sang chấn hơn và đặc biệt là có ưu điểm về thẩm mỹ hơn so với PTNS thông thường. Tuy nhiên PTNSMĐR thực hiện khó khăn hơn so với PTNSTT vì mất góc tam giác thao tác (triangulation), sự va chạm giữa các dụng cụ nội soi và tư thế không thuận lợi khi thao tác. Có thể vì bản thân PTNS thông thường điều trị TTTBS ở trẻ em đã là kỹ thuật khó như đã nêu trên nên cho đến nay hầu như chưa có tác giả nào ứng dụng PTNSMĐR trong điều trị TTTBS ở trẻ em. Theo tìm hiểu của chúng tôi, cho đến nay trên thế giới mới có 1 báo cáo duy nhất của tác giả Muensterer về ứng dụng PTNSMĐR điều trị tắc tá tràng do màng ngăn (teo tá tràng type I) ở trẻ em, nhưng lại dùng kỹ thuật mổ tá tràng cắt 1 phần màng ngăn và sau đó khâu vắt đóng lại chỗ mở tá tràng với nút buộc ngoài ổ bụng [5].

Dựa trên kinh nghiệm PTNS thông thường điều trị TTTBS ở trẻ em, đặc biệt là kỹ thuật nối tá-tá tràng kiểu đơn giản chéo đã được công bố

trong các nghiên cứu trước đây [7] cũng như kinh nghiệm thực hiện các PTNSMĐR ở các bệnh lý khác nhau ở trẻ em, kể cả các bệnh lý đòi hỏi phẫu thuật phức tạp như nang ống mật chủ, chúng tôi quyết định ứng dụng PTNSMĐR trong điều trị TTTBS ở BN trong nghiên cứu này. Đây là ca bệnh trẻ em TTTBS được PTNSMĐR đầu tiên được báo cáo. Ca phẫu thuật đã được thực hiện thành công với thời gian 130 phút là ngắn hơn đáng kể so với 209 phút của Muensterer trong PTNSMĐR cắt màng ngăn đã kể ở trên. Tuy nhiên thời gian mổ vẫn là dài hơn so với PTNS thông thường mà chúng tôi đã báo cáo [6,7]. Điều này có thể giải thích với lý do chủ yếu do BN lớn hơn, miệng nối rộng hơn với nhiều mũi khâu hơn và thao tác buộc chỉ trong ổ bụng với PTNSMĐR là khó hơn so với PTNS thông thường. Mặc dù vậy, thời gian hồi phục sau mổ của BN là tương đương với PTNS thông thường nhưng điểm khác biệt là kết quả thẩm mỹ vượt trội: BN sau 3 tháng đến khám không còn nhìn thấy sẹo mổ.

Kỹ thuật đặt trocar của chúng tôi khác với Muensterer [5]: trong khi tác giả này dùng cổng chuyên dụng (Triport, Olympus) thì chúng tôi dùng các trocar thông thường đặt trong phạm vi 1 đường rạch. Điều này cho phép vẫn đảm bảo hiệu quả phẫu thuật nhưng tiết kiệm chi phí, dễ thực hiện hơn, đặc biệt là trong điều kiện kinh tế Việt nam.

BN này của chúng tôi tuy có giãn đáng kể tá tràng trên chỗ tắc nhưng chúng tôi không tạo hình làm nhỏ lại (tapering) chỗ tá tràng giãn này như Muensterer [5]. Kết quả hồi phục của BN này cũng như kinh nghiệm PTNS thông thường điều trị TTTBS của chúng tôi đã cho thấy nếu làm miệng nối tá-tá tràng rộng tốt thì không cần phải làm tạo hình nhỏ lại tá tràng giãn trên chỗ tắc [6,7].

Về mặt kỹ thuật chúng tôi cho rằng PTNSMĐR điều trị TTTBS có thể thực hiện không quá khó khăn với phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm trong PTNSMĐR điều trị các bệnh lý khác ở trẻ em. Điểm khó nhất trong kỹ thuật PTNSMĐR ở đây là thao tác khâu nối ruột và buộc chỉ bên trong ổ bụng. Tuy nhiên nếu phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm khâu bằng PTNS thông thường thì cũng có thể chuyển sang thực hiện PTNSMĐR thành công. Sử dụng kỹ thuật nối tá-tá tràng kiểu đơn giản chéo với mũi khâu treo vào thành bụng trước khi mở tá tràng [7] cũng làm cho phẫu thuật được đơn giản và thuận lợi hơn.

Điều thuận lợi để thực hiện PTNSMĐR ở ca bệnh này là trẻ đã khá lớn so với tuổi sơ sinh,

lứa tuổi phổ biến nhất phải phẫu thuật điều trị TTTBS. Tuy nhiên chúng tôi cũng nghĩ rằng PTNSMĐR là có thể khả thi với cùng nguyên tắc thực hiện kỹ thuật ở cả lứa tuổi này và đó có thể là hướng nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã cho thấy kỹ thuật của chúng tôi PTNSMĐR điều trị TTTBS ở trẻ em có thể khả thi, an toàn và có kết quả thẩm mỹ rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Applebaum H, Sydorak R.** Duodenal atresia and stenosis-annular pancreas. In: Coran AG, Caldamone A, Adzick NS, Krummel TM, Laberge JM, Shamberger R (2012). *Pediatric Surgery*. 7th ed. Mosby; pp.1051-1057
2. **Bax NM, Ure BM, Van der Zee DC (2001)** Laparoscopic duodenoduodenostomy for duodenal atresia. *Surg Endosc*. 2: 217
3. **Chung PH, Wong CW, Ip DK, Tam PK, Wong KK (2017).** Is laparoscopic surgery better than

open surgery for the repair of congenital duodenal obstruction? A review of the current evidences. *J Pediatr Surg*. 52(3): 498-503.

4. **Mentessidou A, Saxena AK (2017).** Laparoscopic Repair of Duodenal Atresia: Systematic Review and Meta-Analysis. *World J Surg*. 41(8):2178-2184.
5. **Muensterer OJ, Hansen EN (2011).** Resection of a duodenal web using single-incision pediatric endosurgery. *J Pediatr Surg*. 46(5): 989-993.
6. **Son TN, Kien HH (2017).** Laparoscopic versus open surgery in management of congenital duodenal obstruction in neonates: a single-center experience with 112 cases. *J Pediatr Surg*. 52(12):1949-1951.
7. **Son TN, Liem NT, Kien HH (2015).** Laparoscopic simple oblique duodenoduodenostomy in management of congenital duodenal obstruction in children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 25(2):163-166.
8. **van der Zee DC (2011).** Laparoscopic repair of duodenal atresia: Revisited. *World J Surg*. 35:1781-1784.

TÌNH TRẠNG MẤT ỔN ĐỊNH VI VỆ TINH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ĐẠI TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN I-II

Nguyễn Văn Chủ^{1,2}, Trần Lê Giang²

TÓM TẮT

Tình trạng mất ổn định của vi vệ tinh đã được xác định là một chỉ số tiên lượng đáng tin cậy trong ung thư ĐTT giai đoạn I-II, với một vai trò dự đoán không có lợi ích từ việc hóa trị bổ trợ dựa trên 5-FU. **Mục tiêu:** Nhận xét một số mối liên quan giữa tình trạng mất ổn định vi vệ tinh, các thể lâm sàng với giai đoạn bệnh và đặc điểm GPB của ung thư ĐTT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 53 bệnh nhân ung thư ĐTT giai đoạn I-II được nghiên cứu HMMD với các dấu ấn MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 và các đặc điểm GPB. **Kết quả nghiên cứu:** U có MSI-H có tỷ lệ mắc cao hơn u MSS/MSI-L ở giai đoạn I và thấp hơn ở giai đoạn II (lần lượt là 32,2; 68,8 so với 24,3; 75,7%). **Kết luận:** MSI-H có tỷ lệ mắc cao hơn u MSS/MSI-L ở giai đoạn I và thấp hơn ở giai đoạn II. Trong đó, thể LS gặp tỷ lệ cao ở giai đoạn II và thấp nhất ở giai đoạn I.

Từ khóa: Mất ổn định vi vệ tinh, Mô bệnh học, Hóa mô miễn dịch.

SUMMARY

MSI STATUS OF COLORECTAL ADENOCARCINOMA IN STAGE I-II

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chủ

Email: chunv.nch@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2020

Ngày duyệt bài: 4.01.2021

Background: Microsatellite instability status (MSI) has been identified as a reliable prognostic indicator in stage I-II CRC, with an additional role in predicting the lack of benefit of 5-FU-based adjuvant chemotherapy.

Purpose: To review some relationships between MSI status, clinical patterns and stages, pathological characteristics in colorectal cancer. **Methods:** 53 patients were diagnosed as colorectal adenocarcinoma in stage I-II that are evaluated by pathological features, and IHC stain with MLH1, MSH2, MSH6, PMS2. **Results:** MSI-H tumors had a higher incidence than MSS / MSI-L tumors in stage I and lower in stage II (32.2; 68.8 vs. 24.3; 75.7% respectively). **Conclusion:** MSI-H CRCs has a higher incidence than MSS / MSI-L tumors in stage I and lower in stage II. In which, the LS pattern has a high rate in stage II and the lowest in stage I.

Key words: MSI, Histopathology and Immunohistochemistry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (ĐTT) giai đoạn I-II thường biểu hiện tiên lượng tốt. Tỷ lệ sống toàn bộ 5 năm dao động từ 75 đến 87,5%. Tuy nhiên, việc chỉ định hóa trị 5-fluorouracil (5-FU) sau phẫu thuật ở ung thư ĐTT giai đoạn II vẫn còn tranh cãi, vì nó đã được chứng minh rằng tỷ lệ sống tăng thường không vượt quá 5%. Nhiều yếu tố tiên lượng đã được đánh giá để xác định phân nhóm ung thư ĐTT giai đoạn II nguy cơ cao, giúp việc chỉ định hóa trị bổ trợ tốt hơn.