

PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT KHỐI TÁ-TỤY: NHẬN 2 TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Mẫn Văn Chung*, Nguyễn Hải Nam*, Phạm Minh Hiếu*, Nguyễn Thị Lan*, Nguyễn Thu Hà*, Trần Văn Bôn*, Chu Minh Phúc*

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi nói chung và phẫu thuật nội soi tụy hiện ngày càng phổ biến và ngày càng được các phẫu thuật viên thực hiện. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt khối tá-tụy nội soi còn chưa được thực hiện rộng rãi do tính chất phức tạp và đòi hỏi phẫu thuật viên chuyên khoa sâu. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bóng Vater và đã được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá-tụy, diễn biến sau mổ bệnh nhân ổn định. Đồng thời trong bài này chúng tôi cũng tổng quan y văn về chỉ định, cũng như kết quả phẫu thuật nội soi cắt khối tá-tụy.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, cắt khối tá-tụy, ung thư bóng Vater

SUMMARY

TOTAL LAPAROSCOPIC

PANCREATODUODENECTOMY: TWO-CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Laparoscopic surgery in general and pancreatic laparoscopic surgery are now being more common and more widely accepted by surgeons. However, laparoscopic pancreatoduodenectomy is not commonly indicated due to its technical complexity and it requires specialized surgeons. We report 2 cases who were diagnosed with ampullary cancer and were indicated for total laparoscopic pancreatoduodenectomy. Post-operative recovery was uneventful. In this article we also review the literature for the indication and outcomes of laparoscopic pancreatoduodenectomy.

Keywords: Total laparoscopic surgery, pancreatoduodenectomy, ampullary cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) trong điều trị bệnh lý ung thư mật-tụy ban đầu chỉ được chỉ định trong hỗ trợ chẩn đoán (đánh giá giai đoạn bệnh trong mổ để quyết định điều trị triệt căn hoặc điều trị giảm nhẹ). Tuy nhiên, trong một vài năm trở lại đây, tiến bộ trong kỹ thuật phẫu tích và cắt nối nội soi cho phép các phẫu thuật viên có thể tiến hành phẫu thuật nội soi hỗ trợ hoặc phẫu thuật nội soi toàn bộ điều trị các bệnh lý ung thư mật-tụy. Phẫu thuật nội soi cắt thân-

đuôi tụy ngày nay đã trở nên phổ biến và được chỉ định rộng rãi. Tuy nhiên, PTNS cắt khối tá-tụy vẫn còn gây tranh cãi, do đòi hỏi có phẫu thuật viên gan-mật-tụy có kinh nghiệm chuyên sâu trong phẫu thuật nội soi, có thời gian mổ rất dài và phức tạp về mặt kỹ thuật. PTNS cắt khối tá-tụy lần đầu được thực hiện cách đây 20 năm, tuy nhiên tới nay, việc chỉ định vẫn còn hạn chế, so với các kỹ thuật PTNS khác trong ung thư. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo 2 ca lâm sàng được PTNS hoàn toàn (PTNSHT) cắt khối tá-tụy và chia sẻ một số kinh nghiệm trong PTNSHT cắt khối tá-tụy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân thứ nhất: Ông Phạm Văn T., nam, 62 tuổi, viên chức về hưu, địa chỉ Vũ Thư, Thái Bình, vào viện ngày 18/1/2022, do đau thượng vị âm ỉ 2 tháng kèm vàng da. Tiền sử chưa phát hiện bệnh lý gì khác. Thăm khám lâm sàng lúc vào viện: bệnh nhân thể trạng trung bình, cao 160cm, nặng 55kg, da, củng mạc vàng, tim phổi rõ, bụng mềm, không đau khu trú, không sờ thấy u cục.

Các xét nghiệm cận lâm sàng: 1. Sinh hóa máu: Glucose 7,82 mmol/L, Ure/creatinin 3,9/66,11, AST/ALT 44,89/33,74, Bilirubin TT/TP 235,2/131,9. 2. Công thức máu: Hồng cầu 4,43T/L, huyết sắc tố 128g/L, Hematocrit 37,8%, tiểu cầu 478G/L. 3. CA 19-9: 75,79 U/mL, CEA 6,41 U/mL.

Chẩn đoán hình ảnh khi vào viện: 1. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng 64 dãy có cản quang: Hình ảnh ống mật chủ giãn, đường kính lớn nhất là 23mm, đến đoạn sát Oddi hẹp do có nốt ngăn thuốc kém đường kính 12mm, nốt có ranh giới không rõ với nhu mô đầu tụy, không thâm nhiễm ra xung quanh. Đường mật trong gan hai bên giãn, không thấy sỏi tăng tỷ trọng. Túi mật, thành mỏng, không thấy sỏi tăng tỷ trọng, xung quanh túi mật không có dịch. Vài hạch nhỏ cạnh bó mạch chủ hai bên, đường kính trục ngắn < 10mm. Tụy kích thước bình thường, nhu mô các vùng còn lại đều và không thấy khối ống tụy không giãn (Hình 1). 2. Nội soi dạ dày: Hình ảnh u vùng bóng Vater.

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

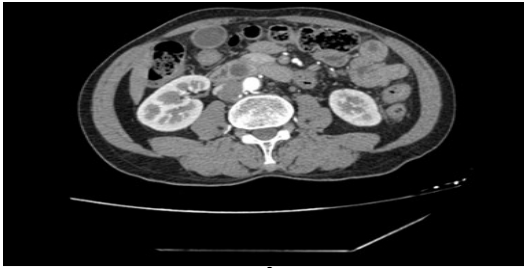
Chịu trách nhiệm chính: Mẫn Văn Chung

Email: bsmanvanchung1617@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023



Hình 1: Hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ngày 18/1/2022

Chẩn đoán trước mổ: Tắc mật do u Vater. Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 27/1/2022. Bệnh nhân được đặt 5 trocar như ảnh (dẫn lưu Kehr và dẫn lưu ổ bụng đưa qua hai lỗ trocar). Kiểm tra ổ bụng: Ổ bụng khô, gan ứ mật phúc mạc nhẵn, không có di căn, túi mật căng, ống mật chủ giãn 15mm. Chẩn đoán trong mổ: Tắc mật do u Vater. Xử trí trong mổ: Cắt túi mật. Làm động tác Kocher lật khối tá tràng đầu tụy. Phẫu tích bộc lộ tĩnh mạch mạc treo tràng trên đoạn dưới tụy và trên tụy. Cắt hang vị dạ dày. Thắt và cắt động mạch vị tá tràng. Cắt đôi ống mật chủ. Cắt đoạn đầu hồng tràng bằng máy cắt nối 60B, tháo bắt chéo qua mạc treo đại tràng ngang. Cắt tụy qua eo tụy đoạn trước tĩnh mạch mạc treo tràng trên, cắt mạc treo tụy bằng máy cắt nối 60W. Nạo vét hạch D3. Phục hồi lưu thông: miệng nối tụy-ruột được làm kiểu tận-bên khâu rời bằng chỉ Vicryl 4.0, miệng nối mật-ruột được làm kiểu tận-bên khâu vắt Vicryl 4.0 có đặt 1 dẫn lưu Kehr số 16, nối dạ dày-ruột bằng máy cắt nối 60B, luồn ống thông dạ dày qua miệng nối xuống quai đi. Sau khi phục hồi lưu thông, kiểm tra cầm máu kỹ, đặt 1 dẫn lưu silicone dưới gan và đóng các lỗ trocar. Thời gian phẫu thuật là 445 phút. Lượng máu mất khoảng 200ml máu.

Diễn biến sau mổ: Bệnh nhân được rút ống nội khí quản và chuyển về khoa điều trị sau 1 ngày. Bệnh nhân được rút sonde dạ dày sau 2 ngày và cho uống nước đường. Dẫn lưu ổ bụng ra ít, khoảng 50 – 100ml dịch tiết trong 3 ngày đầu và sau đó được rút vào ngày thứ 4. Bệnh nhân được dùng giảm đau paracetamol trong 2 ngày đầu. Diễn biến sau mổ ổn định, bệnh nhân ra viện sau mổ ngày thứ 9.

Kết quả giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa của bóng Vater xâm lấn một phần thành tá tràng, giai đoạn pT2N0M0.

Sau mổ 1 tháng bệnh nhân khám lại: Bệnh nhân tỉnh, da, củng mạc không vàng, ăn uống được, tăng 3kg/tháng. Siêu âm ổ bụng kiểm tra: Đường mật trong gan không giãn, không thấy dịch ổ bụng.



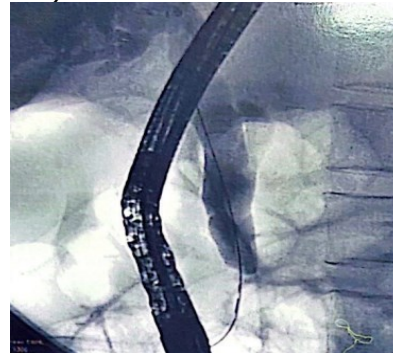
Hình 2: Hình ảnh vị trí đặt các lỗ trocar và dẫn lưu

Bệnh nhân thứ hai: Bà Nguyễn Thị B., 61 tuổi, địa chỉ Cầu Lộ, Hậu Lộc, Thanh Hóa, vào viện ngày 13/3/2022. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nội-ngoại khoa, vào viện do đau bụng kèm vàng da tăng dần trong 1 tháng. Thăm khám lúc vào viện: Bệnh nhân cao 150cm, nặng 50kg, tình, dấu hiệu sinh tồn ổn định, da, củng mạc vàng, bụng mềm, đau tức thượng vị, không sờ thấy u.

Xét nghiệm lúc vào viện: 1. Sinh hóa máu: AST/ALT: 166,23/498,59 (U/L), Bilirubin toàn phần/trực tiếp: 182,7/103,4 (umol/L). 2. Công thức máu: Hồng cầu: 4,61 T/L, Hematocrit: 39,9%, Bạch cầu: 5,72 G/L, Tiểu cầu 310 G/L. 3. CA 19-9: 356,9 U/mL.

Chẩn đoán hình ảnh trước mổ: Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng 64 dãy ngày 14/3/2022 có hình ảnh vài hạch rốn gan-đầu tụy kích thước 5x12mm, hình bầu dục, ngấm thuốc sau tiêm. Tĩnh mạch cửa không giãn, không thấy huyết khối. Đường mật trong gan giãn, không thấy sỏi tăng tỷ trọng. Đường mật ngoài gan giãn, ống mật chủ giãn ĐK 15mm, giãn đến đoạn đầu tụy thôn nhỏ đột ngột, không thấy sỏi tăng tỷ trọng, nhưng không thấy hình ảnh u.

Nội soi mật-tụy ngược dòng (ERCP) trước mổ thấy hình ảnh cắt cụt ở phần thấp ống mật chủ (Hình 3).



Hình 3: Hình ảnh ERCP đánh giá đường mật trước mổ

Bệnh nhân cũng được PTNS cắt khối tá-tụy với cách thức và diễn biến trong mổ tương tự như bệnh nhân đầu tiên. Tổng thời gian phẫu thuật là 480 phút, lượng máu mất trong mổ là 150ml. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến phần thấp ống mật chủ xâm lấn tá tràng, đầu tụy, có xâm lấn mạch và bạch huyết, không có di căn hạch (pT3N0).

Diễn biến sau mổ: Bệnh nhân được rút ống nội khí quản và chuyển về khoa điều trị sau 2 ngày. Bệnh nhân được rút ống thông dạ dày sau 2 ngày và cho uống nước và sữa. Dẫn lưu ổ bụng ra ít, khoảng 100ml/ngày dịch tiết, được rút dẫn lưu ổ bụng ngày thứ 4 sau mổ. Bệnh nhân chỉ cần dùng giảm đau paracetamol trong 2 ngày đầu sau mổ. Diễn biến sau mổ ổn định, bệnh nhân ra viện sau 8 ngày nằm viện sau mổ.



Hình 4.1: Cắt dạ dày bằng Stapler



Hình 4.2. Diện phẫu tích sau khi đã cắt khối tá-tụy



Hình 4.3. Làm miệng nối tụy-ruột nội soi.

Hình 4. Một số hình ảnh trong mổ

IV. BÀN LUẬN

1. Chỉ định phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá-tụy. Theo Paniccia và cộng sự, hầu hết bệnh nhân có các bệnh lý đầu tụy, bóng Vater hoặc phần thấp ống mật chủ có chỉ định cắt khối tá-tụy đều nên được cân nhắc

phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, không nên chỉ định PTNS cắt khối tá-tụy cho nhóm bệnh nhân có bệnh lý tiến triển tại chỗ (xâm lấn mạch mạc treo...) do nguy cơ phải cắt nối mạch trong mổ (1). Chính vì vậy, việc làm bilan kỹ trước mổ là rất quan trọng.

Tác giả Nguyễn Hàm Hội và Nguyễn Thành Khiêm năm 2022 khi tổng quan lại y văn về PTNS cắt khối tá-tụy đã tổng kết: có thể chỉ định PTNS cắt khối tá-tụy cho nhóm bệnh nhân ung thư tá tràng-đầu tụy chưa xâm lấn mạch máu và có các tổn thương lành tính vùng này. Cần cân nhắc kỹ nhóm bệnh nhân nghi ngờ xâm lấn mạch, bệnh nhân mổ cũ và bệnh nhân viêm tụy nhiều lần(2).

Như vậy, cần lựa chọn bệnh nhân cẩn thận và chặt chẽ trước khi chỉ định PTNSHT cắt khối tá-tụy do đây là một phẫu thuật lớn, nhiều nguy cơ. Đối với nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, ung thư tiến triển nên quyết định phẫu thuật mở từ đầu. Hai bệnh nhân chúng tôi báo cáo đều là những bệnh nhân có u Vater giai đoạn còn khu trú (T2-3N0M0). Điều này giúp cho việc phẫu tích được thuận lợi, ít dính với tổ chức xung quanh, tránh tổn thương mạch máu trong mổ. Chúng tôi hi vọng khi tiến hành nhiều hơn, chúng tôi có thể mở rộng chỉ định ra cho các khối u đầu tụy, cũng như các giai đoạn tiến triển hơn.

2. Điều kiện của phẫu thuật viên khi tiến hành PTNS cắt khối tá-tụy. PTNS cắt khối tá-tụy là một phẫu thuật lớn và khó, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm trong cả phẫu thuật tụy và phẫu thuật nội soi. Kim và cộng sự báo cáo tỉ lệ thất bại/tai biến trong phẫu thuật nội soi cắt khối tá-tụy không tăng thêm từ ca thứ 42 và ổn định sau 73 ca(3).

Tác giả Nagakawa báo cáo kết quả tương tự: một phẫu thuật viên cần khoảng 20 ca đầu để làm quen với PTNS cắt khối tá-tụy, sau đó 10 ca để hoàn thiện kỹ năng và từ ca thứ 31 trở đi có thể triển khai với những trường hợp khó hơn(4). Nghên cứu của chúng tôi là nghiên cứu khởi đầu, với hai trường hợp đầu tiên chúng tôi bắt đầu triển khai PTNS cắt khối tá-tụy. Vì vậy, số lượng phẫu thuật viên tham gia mỗi ca mổ còn nhiều (6 phẫu thuật viên tham gia chia thành các kíp mổ thay nhau), thời gian mổ còn dài hơn các nghiên cứu trong y văn. Trong tương lai, khi phẫu thuật nội soi cắt khối tá-tụy được triển khai thường quy hơn, chúng tôi hi vọng sẽ giảm được thời gian mổ và tinh gọn lại kíp mổ để đảm bảo hiệu quả hơn.

3. Kết quả thực hiện phẫu thuật nội soi cắt khối tá-tụy trong y văn. Năm 2021, Al-

Sadairi và cộng sự chỉ định PTNS cắt khối tá-tụy cho 21 bệnh nhân, chủ yếu là các bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vùng đầu tụy, báo cáo thời gian mổ trung bình là 425 phút, lượng máu mất trung bình là 317 ml. Chuyển mổ mở trên 4 bệnh nhân do có xâm lấn tĩnh mạch trong mỡ (2 bệnh nhân). 1 bệnh nhân do ung thư xâm lấn mạc treo ruột non và 1 bệnh nhân do tổn thương đường mật đoạn cao. Tỷ lệ biến chứng rò tụy độ B là 14,2% và độ C là 4,7%. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày (9 – 23 ngày) và tỉ lệ tử vong trong 90 ngày là 4,7%. Tỷ lệ đạt diện cắt R0 là 80%(5).

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về kết quả PTNS cắt khối tá-tụy. Tác giả Trần Bình Giang và Trần Hiếu Học năm 2018 báo cáo kết quả PTNS hỗ trợ cắt khối tá-tụy trên 15 bệnh nhân với tỉ lệ chuyển mổ mở 20%, thời gian phẫu thuật trung bình chung là 285,3 phút, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng các mức độ còn cao (60%)(6). Tác giả Trần Quế Sơn năm 2021 báo cáo kết quả PTNS hỗ trợ cắt khối tá-tụy trên 30 bệnh nhân với thời gian mổ trung bình là 290,8 phút, tỉ lệ chuyển mổ mở 20%, với tỉ lệ biến chứng chung lên tới 50% và thời gian nằm viện sau mổ dài (19,5 ngày)(7). Thời gian mổ trong hai nghiên cứu này ngắn hơn chúng tôi do các tác giả thực hiện PTNS hỗ trợ cắt khối tá-tụy với đường mổ nhỏ để làm miệng nối dạ dày-ruột, tụy-ruột và mật-ruột.

Đây là hai trường hợp đầu tiên PTNS hoàn toàn cắt khối tá-tụy tại khoa chúng tôi, vì vậy thời gian mổ còn kéo dài (445 và 480 phút), tuy nhiên không gặp các biến chứng trong và sau mổ. Điều này khẳng định tầm quan trọng của việc chỉ định đúng trước mổ, sàng lọc tốt các bệnh nhân có nguy cơ biến chứng gây mê hồi sức, có bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm trong gây mê kéo dài và có nhiều kíp phẫu thuật viên có kinh nghiệm cùng phối hợp tham gia

phẫu thuật. Cả 2 trường hợp đều đạt R0 và các hạch vét được đều âm tính, phù hợp với chẩn đoán trước mổ (cTxN0).

IV. KẾT LUẬN

Qua 2 trường hợp được báo cáo, chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng, diễn biến sau mổ của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu đã được báo cáo trong y văn. Điều này khẳng định tính khả thi và an toàn của PTNS hoàn toàn cắt khối tá-tụy tại Việt Nam. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để so sánh với mổ mở, cũng như hiệu quả về mặt ung thư học của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paniccia A, Chapman B, Edil BH, et al.** Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy. *J Vis Surg.* 2016 Aug 2;2:130.
2. **Nguyễn Hàm Hội, Nguyễn Thành Khiêm, Đặng Kim Khuê, et al.** Phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt khối tá tụy, nhân trường hợp đầu tiên thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai, nhìn lại y văn về chỉ định và kết quả điều trị. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2022;193–202.
3. **Kim JS, Choi M, Kim SH, et al.** Safety and feasibility of laparoscopic pancreaticoduodenectomy in octogenarians. *Asian J Surg.* 2022; 837–43.
4. **Nakagawa N, Nagakawa Y, Kozono S, et al.** Safety and feasibility of laparoscopic pancreaticoduodenectomy. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2022; 33032–332.
5. **Al-Sadairi AR, Mimmo A, Rhaïem R, et al.** Laparoscopic hybrid pancreaticoduodenectomy: Initial single center experience. *Ann Hepato-Biliary-Pancreat Surg.* 2021; 102–11.
6. **Trần Bình Giang, Trần Quế Sơn, Trần Mạnh Hùng, et al.** Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị u vùng bóng Vater – Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam.
7. **Trần Quế Sơn.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị u vùng bóng Vater. *Trường Đại học Y Hà Nội.* 2021;133.