

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG ỐNG MẬT CHỦ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG, NỐI ỐNG GAN CHUNG HỔNG TRÀNG KIỂU ROUX-EN-Y

**PHẠM DUY HIỀN, NGUYỄN THANH LIÊM
LÊ ANH DŨNG, TRẦN NGỌC SƠN, VŨ MẠNH HOÀN**
Khoa ngoại BV Nhi Trung Ương

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kỹ thuật mổ và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt nang và nối ống gan chung với hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y trong điều trị bệnh lý nang ống mật chủ (NOMC) ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bệnh nhi NOMC được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 12/2007 đến tháng 10/2009. Sử dụng 4 trocar, phẫu tích cắt ống cổ túi mật, gan được khâu treo vào thành bụng ở hai vị trí: ống cổ túi mật và dây chằng tròn. NOMC được phẫu tích và được cắt bỏ

hoàn toàn, miệng nối hồng hồng tràng được thực hiện bằng cách kéo qua rốn, ống gan chung được nối với hồng tràng qua mạc treo ĐTN ở cách miệng nối ruột ruột 40cm, miệng nối này được thực hiện bằng nội soi và sử dụng chỉ PDS 5.0. Khi kích thước miệng nối lớn hơn 1cm thì dùng 2 đường khâu vắt, còn nhỏ hơn 1cm sử dụng mũi rời.

Kết quả nghiên cứu: Từ tháng 12/2007 đến tháng 10/2009 có 82 bệnh nhi được phẫu thuật, bao gồm 63 trẻ trai và 19 trẻ gái, 52 trường hợp thuộc tít I (63,4%), 30 trường hợp thuộc tít II (34,7%) theo Todani. Kích thước đường kính nang từ 12mm đến 170 mm. Tuổi từ 2 tháng đến 16 tuổi. Thời gian mổ từ 120 phút đến 505 phút trung bình 224 phút.

Thời gian nằm viện trung bình 6,9 ngày, Theo dõi từ 1 đến 24 tháng thiết lập được ở 50/82 bệnh nhân (61%), trong đó dấu hiệu đau bụng vùng HSP đơn thuần xuất hiện ở 8 bệnh nhân (9,8%), sốt sau mổ 3 bệnh nhân (3,7%), nhiễm trùng đường mật ngược dòng chưa thấy xuất hiện ở số bệnh nhân được theo dõi (0%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt nang và nối ống gan chung với hồng tràng kiểu Roux-en-Y dễ dàng, an toàn và khả thi ở các trung tâm ngoại nhi lớn.

Từ khóa: nội soi cắt nang, nối ống gan chung với hồng tràng, Roux-en-Y nang ống mật chủ

SUMMARY

Objective: to report the technical details and early outcomes of complete laparoscopic cyst excision and Roux-en-Y hepaticojejunostomy for choledochal cyst.

Methods: The operation was performed using four ports. The cystic duct was identified and divided. The liver was elevated by two stay sutures: one on the round ligament, the other on the distal cystic duct. The choledochal cyst was isolated and removed completely. The jejunum was exteriorized and the jejuno-jejunostomy was carried out extracorporeally. The Roux limb was brought retrocolic to the porta hepatis. The jejunum was opened on the antimesenteric border. Hepaticojejunostomy was fashioned using two running sutures with PDS 5/0.

Results: From December 2007 to October 2009, 155 patients were operated. There were 39 girls and 116 boys. Ages ranged from 2 months to 16 years old. The diameter of the cyst ranged from 10mm to 147 mm. The operating time ranged from 70 minutes to 480 minutes (mean 172 minutes). There were no postoperative death and no conversion to open surgery was required. No blood transfusion was required. Postoperative anastomotic leakage occurred in two patients, resolving spontaneously. Postoperative hospital stay ranged from 5 days to 13 days (mean: 6.9 days). Follow up from 1 month to 24 months was obtained in 50/82 patients (61%). Of these patients, there were no cholangitis occurred (0%) and no cholelithiasis nor anastomosis stenosis. However the rate of simple pain in the lower right costal area is 9.8%. Anastomotic stenosis occurred in 3 patients (3.7%).

Conclusion: Laparoscopic complete cyst excision and hepaticoduodenostomy is safe and physiologic procedure for choledochal cyst.

Keywords: laparoscopic cyst excision, Roux-en-Y hepaticojejunostomy, choledochal cyst

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ nang và nối ống gan chung với hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y đã trở thành kỹ thuật qui chuẩn trong điều trị NOMC [2]. Trong khoảng hơn một thập kỉ gần đây, với sự phát triển nhanh chóng của công nghệ hiện đại, phẫu thuật nội soi đã tỏ rõ sự ưu việt và dần thay thế phẫu thuật mở bụng trong hầu hết các phẫu thuật trong ổ bụng nói chung và phẫu thuật điều trị NOMC nói riêng.

Fello, năm 1995, là tác giả đầu tiên mô tả kỹ thuật mổ nội soi cắt ngang và nối ống gan chung (OGC) với hồng tràng kiểu ROUX-en-Y cho một bệnh nhân nữ 6 tuổi. Kể từ tháng 1 năm 2007 chúng tôi đã tiến hành mổ nội soi thường qui cho tất cả các trường hợp NOMC, chúng tôi sử dụng cả hai loại kỹ thuật nối OGC hồng tràng và với tá tràng.

Mục đích báo cáo này của chúng tôi là mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC với hồng tràng kiểu ROUX-en-Y trong điều trị nang OMC ở trẻ em.

TỰ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Bao gồm toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán là NOMC và được phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC với hồng tràng kiểu ROUX-en-Y tại khoa ngoại Bệnh Viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2007 tới tháng 10/2009.

Kỹ thuật mổ trong nghiên cứu:

Bệnh nhân nằm ngửa, màn hình ở phía đầu, phẫu thuật viên đứng phía chân. 1 trocar 10mm đặt qua rốn đưa camera, 3 trocar 5mm được đặt lần lượt: mạng sườn phải, hạ sườn trái và trocar cuối được đặt bên dưới trocar này 2cm. Khí co2 duy trì áp lực từ 8-12 mmHg.

Xác định vị trí góc Treitz, khâu đánh dấu vị trí đầu trên và đầu dưới của hồng tràng cách góc Treitz 30cm bằng hai mũi chỉ silk và PDS 50 cách nhau 2cm, cặp pince có khoá vào giữa hai mũi chỉ này. Rút trocar ở vị trí rốn và mở rộng lỗ này thêm 1cm theo chiều dọc trên rốn. kéo quai hồng tràng đã được đánh dấu qua rốn và thực hiện miệng nối hồng-hồng tràng ngoài ổ bụng và để chiều dài quai ruột đưa lên nối mật ruột là 40cm. Sau khi hoàn tất miệng nối, khâu kín khe mạc treo, đẩy hồng tràng trở lại ổ bụng. Khâu lại thành bụng, đặt lại trocar, Khâu treo dây chằng tròn vào thành bụng trước để treo gan, phẫu tích cắt động mạch túi mật, cắt cổ túi mật, khâu treo gan mũi thứ hai ở vị trí qua cổ túi mật.

Phẫu tích tách thành sau nang ra khỏi động mạch gan và tĩnh mạch cửa, luồn pince qua thành sau nang từ trái qua phải, cắt đôi nang ở vị trí dưới chỗ đổ vào của cổ túi mật.

Dùng pince cặp ruột kéo tá tràng xuống dưới, phẫu tích phần dưới của nang tới ống mật tuy chung, cặp clip và cắt. Phần trên của nang được phẫu tích

tới ống gan chung và cắt ngang vị trí này.

Trường hợp nang quá to hoặc quá dính có thể phẫu tích từ đáy nang lên hoặc cắt đôi nang dần từ thành trước sang thành sau.

Mở mạc treo đại tràng ngang (MTĐTĐN), đưa quai hồng tràng qua MTĐTĐN. Nối OGC với hồng tràng kiểu ROUX-en-Y nội soi hoàn toàn, tùy thuộc vào độ rộng của OGC nếu lớn hơn 1cm sử dụng hai đường khâu vắt ở mặt trước và mặt sau chỉ PDS 5.0, còn nếu nhỏ hơn 1cm sử dụng mũi rời.

Sau khi nối tiến hành cắt túi mật, lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar ở rốn. Dẫn lưu dưới gan.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

82 bệnh nhân bao gồm 52 trẻ gái, 30 trẻ trai, tỷ lệ nam/ nữ là 1:1,7.

Týp I gồm 87 bệnh nhân (56,1%).

Týp II gồm 68 bệnh nhân (43,9%) theo phân loại của Todani, được phẫu thuật từ tháng 12/2007 tới tháng 10/2008 sử dụng kỹ thuật mổ tả trên.

Tuổi nhỏ nhất 2 tháng, lớn nhất 192 tháng (16 tuổi) trung bình 51,8 ± 31,3 tháng.

Đường kính của nang: nhỏ nhất 12 mm, lớn nhất 170 mm trung bình 53,4 ± 21,6 mm

Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Thời gian mổ ngắn nhất là 120 phút, dài nhất là 505 phút. Trung bình 24,3 ± 53,5 phút.

Bảng 1: Kỹ thuật cắt nang.

	OGC - Hồng tràng	
	N = 82	%
Cắt nang ở giữa	32	39,0
Mở thành trước từ đầu	12	14,6
Cắt từ đáy	38	46,4
Tổng	82	100,0

Bảng 2: Biến chứng sau mổ

	N = 82	Tỷ lệ (%)
Tử vong sau mổ	0	0
Rò mật	2	2,4
VPM sau mổ	0	0,0
Lòi MNL	1	1,2
NT vết mổ	0	0,0
Nôn	4	4,9
Sốt	7	8,5
Rò tụy	2	2,4
Áp xe tồn dư sau mổ	0	0,0
Xuất huyết tiêu hoá	1	1,2

An đường miệng bắt đầu từ ngày thứ 3 sau mổ ở tất cả các bệnh nhân

Thời gian nằm viện ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 13 ngày, trung bình 6.9 ± 3.1 ngày.

Theo dõi xa sau mổ từ 1- 21 tháng trung bình là 8,2 ± 2,2 tháng

Số bệnh nhân có thông tin sau mổ: 50/82 (61,0%)

Bảng 3: Theo dõi sau mổ.

	OGC - Hồng tràng	
	N = 82	%
Đau bụng	8	9,8
Sốt	3	3,7
Đau bụng + sốt	1	1,2
Đau bụng+ sốt + vàng da (NT đường mật ngược dòng)	0	0,0
Loét dạ dày, tá tràng	0	0,0

BÀN LUẬN.

Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy phẫu thuật nội soi cắt nang, nối ống gan chung với hồng tràng kiểu ROUX-en-Y là một phẫu mang tính khả thi cao, Cắt nang hoàn toàn bằng nội soi được thực hiện ở toàn bộ số bệnh nhân của chúng tôi, không phụ thuộc vào kích thước và mức độ viêm dính của nang. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, Tỷ lệ này lại rất cao ở các nghiên cứu của các tác giả khác. Tanaka (37%), Lee (33%), Ure (11%), Hong (12%), Chokshi (33%).[5,6,7]

Số liệu trong nghiên cứu này cũng cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý NOMC là một phẫu thuật an toàn, không có trường hợp nào tử vong sau mổ. Biến chứng trong mổ hầu như không có, không bệnh nhân nào phải truyền máu trong mổ. Tổn thương ống gan, động mạch gan hay tĩnh mạch của chúng tôi cũng không gặp trong lô nghiên cứu này. Có lẽ do mổ nội soi, hình ảnh cấu trúc được phóng đại lên nhiều lần, phẫu trường rộng rãi hơn đã giúp cho việc phẫu tích dễ dàng hơn.

Kỹ thuật cắt nang cần phải tùy thuộc vào kích thước và độ viêm dính của nang, nếu nang không lớn quá (<4cm), mức độ viêm dính ít thì chúng tôi chủ trương phẫu tích luồn lách, cắt đôi nang ở vị trí bên dưới cổ túi mật sau đó sẽ phẫu tích từng phần trên và dưới của nang. Trường hợp nang quá to hoặc. Quá viêm dính thì có thể phẫu tích từ đáy nang lên (Cắt ống mật tụy chung trước) sau đó phẫu tích dần lên OGC sau, hoặc có thể cắt dần từ thành trước ra sau (bảng1).

Chúng tôi chỉ có một trường hợp bị cắt ngang qua 2 ống gan và phải tạo hình lại trước khi tiến hành miệng nối mật ruột, kinh nghiệm rút ra là nên cắt đôi nang ở bên dưới ống cổ túi mật trước, sau đó tìm ống gan chung từ trong lòng nang, cắt bỏ cực trên của nang ngay sát bên dưới lỗ ống gan chung này. Biến chứng này cũng gặp ở các tác giả khác [8]

Rò tụy là một biến chứng có thể gặp khi quá trình phẫu tích phần dưới của nang, (phần này thường nằm sâu trong nhu mô tụy) ta có thể làm tổn thương một số ống tụy nhỏ. Theo chúng tôi, thì phẫu tích này nên dùng pince 3mm để phẫu tích và nên bám sát vào thành nang đi xuống sẽ giảm thiểu được biến chứng này. Tuy vậy trong nghiên cứu này cũng có hai trường hợp bị rò tụy sau mổ chiếm tỷ lệ (2,4%), trường hợp này rò tự liền với việc điều trị bằng nhịn ăn, truyền dịch và tiêm Sandostatin.

Tỷ lệ rò mật sau mổ trong nghiên cứu này là (2,4%) bảng 2, đều tự liền bằng truyền dịch, kháng sinh và hút dẫn lưu liên tục, số liệu mổ mở trước đây của chúng tôi nghiên cứu 154 trường hợp cắt nang và nối Roux-en-Y có tới 11 trường hợp rò mật (7,1%) trong đó 6 trường hợp phải mổ lại và một trường hợp tử vong sau mổ, hay của các tác giả khác như Saing tỷ lệ này là 17,65%, Trương Nguyễn Uy Linh 7,69%. So sánh với các tác giả khác cũng mổ nội soi như Li có 10 trường hợp rò trong tổng số 173 ca (5,7%). Kinh nghiệm của chúng tôi cho thấy thứ nhất

không nên quá lạm dụng đốt điện và phẫu tích quá kĩ mặt trước ống gan chung, thứ hai là kĩ thuật khâu nối nội soi phải thuần thục cuối cùng là phải kiểm tra kĩ miệng nối trước khi rút trocar kết thúc cuộc mổ.

Hẹp miệng nối mật ruột cũng là biến chứng thường gặp trong phẫu thuật cắt nang, nối OGC hồng tràng. Singham ghi nhận 6 trường hợp trong số 60 bệnh nhân (10%), Todani thông báo 9 ca trong số 97 ca (9%), và Kim có tới 8 bệnh nhân bị hẹp miệng nối trong số 34 bệnh nhân (24%) trong số 82 bệnh nhân chúng tôi đã phẫu thuật chưa có trường hợp nào xuất hiện hẹp miệng nối, có lẽ do nhiều lý do, một là chúng tôi chủ trương nối mũi rời với những trường hợp ống gan chung nhỏ hơn 1cm, hai là không để miệng nối căng, ba là không để túi cùng hồng tràng quá dài, nó sẽ chèn ép và gây hẹp miệng nối, cuối cùng là thời gian theo dõi của nghiên cứu này chưa đủ dài.

Nhiễm trùng đường mật ngược dòng là biến chứng quan ngại nhất trong phẫu thuật NOMC mà nguyên nhân, có thể do hẹp miệng nối, do sỏi trong gan, do luồng trào ngược từ ruột lên đường mật, do giun chui lên đường mật tuy nhiên qua thời gian theo dõi trung bình 8,2 tháng với 82 bệnh nhi đã được phẫu thuật, chưa có trường hợp nào xuất hiện (bảng 3), đây thực sự là một ưu việt của phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y so với các phẫu thuật mổ mở trước đây. Trong nghiên cứu này cũng không có trường hợp viêm loét tá tràng nào được phát hiện, điều này trái với nhận định của một số tác giả cho rằng cắt nang và nối mật ruột kiểu Roux-en-Y dễ dẫn đến loét tá tràng do mật không qua tá tràng để trung hoà dịch vị.

KẾT LUẬN:

Phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC hồng tràng

theo kiểu Roux-en-Y điều trị bệnh lý NOMC là một phương pháp mổ an toàn, hiệu quả. Có tính khả thi ở các trung tâm ngoại nhi lớn với trang thiết bị hiện đại và đội ngũ phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm.

TÀI LIỆU TẠM KHẢO

[1]. Todani T, Watanabe Y, Narussue M, et al. Congenital bile duct cyst: classification, operative procedure, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977; 134:263-269.

[2]. Liem NT, Valayer J. Dilatation congenital de la voie biliaire principale chez l'enfant: etude d'une serie de 52 cas. *Presse Med* 1994;23:1565-1568.

[3]. Miyano T, Yamataka A, Kato Y, et al. Hepaticocenterostomy after excision of choledochal cyst in children: a- 30 year experience with 180 cases. *J Pediatr Surg* 1996;31:1417-1421.

[4]. Tan HL, Shankar KR, Ford WD. Laparoscopic resection of type I choledochal cyst. *Surg Endosc* 2003;17:1495.

[5]. Tanaka M, Shimizu S, Mizumoto K, et al. Laparoscopically assisted resection of choledochal cyst and Roux-en-Y reconstruction. *Surg Endosc* 2001;15:545-652.

[6]. Lee H, Hirose S, Bratton B, et al. Initial experience with complex laparoscopic biliary surgery in children: biliary atresia and choledochal cyst. *J Pediatr Surg* 2004,39:804-807.

[7]. Ure BM, Schier F, Schmidt AI, et al. Laparoscopic resection of congenital choledochal cyst, choledojejunostomy, and extraabdominal Roux-en-Y anastomosis. *Surg Endosc* 2005;19:1055-1057.

[8]. Jang JY, Kim SW, Han HS, et al. Total laparoscopic management of choledochal cyst using a four hole method. *Surg Endosc* 2006, 20:1762-1765.