

# PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG ỐNG MẬT CHỦ Ở NGƯỜI LỚN

ĐỖ MINH HÙNG, TRẦN TRUNG HIẾU, NGUYỄN CAO CƯƠNG

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nang ống mật chủ là 1 bệnh lý lành tính hiếm gặp của đường mật. Farello lần đầu tiên báo cáo phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ, nối ống gan-hỗng tràng Roux-en-Y 1995. Một số tác giả đã báo cáo kinh nghiệm cắt nang đường mật bằng phẫu thuật nội soi. Với sự tiến bộ về mặt kỹ thuật, chúng tôi báo cáo bước đầu thực hiện phẫu thuật nội soi cắt nang đường mật.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trong báo cáo này chúng tôi cố gắng thực hiện cắt nang ống mật chủ, nối ống gan-hỗng tràng Roux-en-Y cho 3 trường hợp nang type I trong tháng 7-8/2009. Chúng tôi sử dụng 4-5 trocars. Bóc tách nang khỏi cấu trúc xung quanh bằng dao đốt đơn hoặc lưỡng cực. Cắt đầu dưới nang. Làm chân Roux ngoài ổ bụng. Cắt đầu trên nang. Nối ống gan hỗng tràng bằng kỹ thuật khâu nội soi. Cắt túi mật khỏi giường cùng với nang. Dẫn lưu dưới gan.

**Kết quả:** Thời gian phẫu thuật 4-5 giờ. Thời gian ăn lại 1-4 ngày sau phẫu thuật. 1 trường hợp mổ nội soi lại do rỉ máu đầu tụy và dưới gan ở ngày hậu phẫu thứ nhất. Dẫn lưu dưới gan được rút ở 3-15 ngày sau mổ. Có 2 trường hợp dò mật nhẹ đáp ứng với điều trị nội khoa bảo tồn bằng kháng sinh. Thời gian xuất viện 4-15.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ có thể thực hiện dễ dàng và an toàn hơn với kinh nghiệm được tích lũy. Nó có thể là một chọn lựa điều trị hứa hẹn.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ,

## SUMMARY

**Background:** Choledochal cyst is a rare benign disease of the biliary tract. In 1995, Farello et al first described laparoscopic choledochal cyst resection and Roux-en-Y hepaticojejunostomy. There have been few reports on the laparoscopic treatment of choledochal cyst. With the increase in laparoscopic skills, we performed laparoscopic resection of choledochal cyst.

**Materials and methods:** In July and August 2009, we performed laparoscopic resection of type I choledochal cyst for 3 adult patients. We used 4-5 ports. The choledochal cyst can be freed from surrounding structures with mono- or bi-polar diathermy. The distal part of the common bile duct is divided after ligating or clipping. An extraabdominal Roux-en-Y anastomosis is made. The proximal cyst is divided. The hepaticojejunostomy is created by laparoscopic intracorporeal suturing technique. The gallbladder is dissected from the gallbladder fossa with the choledochal cyst. A subhepatic drain is placed.

**Results:** The range operating time was 4-5 hours. Oral feeds were started from the first to the fourth

postoperative day. There was a laparoscopic re-exploration on the first post-operation due to oozing from the head of pancreas and the gallbladder fossa. The subhepatic drain was removed in 3-15 days. In two patients with minor leakage of fresh bile through the drain, they responded to conservative treatment including antibiotics. The range hospital stay was 4-15 days.

**Conclusion:** With accumulated experience, laparoscopic resection of choledochal cyst, an attractive treatment option, can be performed easier and safer.

**Keywords:** Laparoscopic resection of adult choledochal cyst

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ống mật chủ là 1 bệnh lý lành tính hiếm gặp của đường mật. Căn nguyên của bệnh chưa rõ nhưng nang đường mật được xem là bẩm sinh vì trên 75% các trường hợp gặp ở trẻ dưới 10 tuổi. Tuy nhiên, một khi được chẩn đoán nang phải được cắt đi cùng với túi mật tái tạo ống gan-ruột vì nguy cơ diễn tiến thành ung thư đường mật chính và túi mật. Xử trí kinh điển nang đường mật là phẫu thuật mở. Với những tiến bộ cả về kỹ thuật và dụng cụ, các phẫu thuật viên đã thực hiện các phẫu thuật có mức độ phức tạp cao mà vẫn đảm bảo kết quả với ít chấn thương hơn và mau hồi phục hơn. Farello lần đầu tiên báo cáo phẫu thuật nội soi cắt nang ống mật chủ type I, nối ống gan-hỗng tràng Roux-en-Y 1995 cho 1 bé gái 6 tuổi [3]. Nhiều tác giả đã báo cáo kinh nghiệm phẫu thuật cắt nang đường mật bằng phẫu thuật nội soi. Với sự tiến bộ về mặt kỹ thuật phẫu thuật nội soi, chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu thực hiện phẫu thuật nội soi cắt nang đường mật qua 3 trường hợp.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện cắt nang ống mật chủ, nối ống gan-hỗng tràng Roux-en-Y cho 3 trường hợp nang type I trong tháng 7-8/2009. Có 1 trường hợp type Ic và 2 trường hợp type Ia (theo xếp loại sửa đổi của Todani, 1997). Cả 3 trường hợp đều là nữ, tuổi 16, 35 và 45. Bệnh nhân nhập viện vì đau mơ hồ vùng thượng vị; 1 trường hợp có đợt vàng da lúc nhỏ. Siêu âm phát hiện 2 trường hợp nang type Ia, d~35x67x70mm có sỏi túi mật kèm theo, 1 có d~32x50x64mm có sỏi trong nang; 1 trường hợp nang type Ic, d~17x20x32, dẫn đoạn đầu ống gan phải và trái.

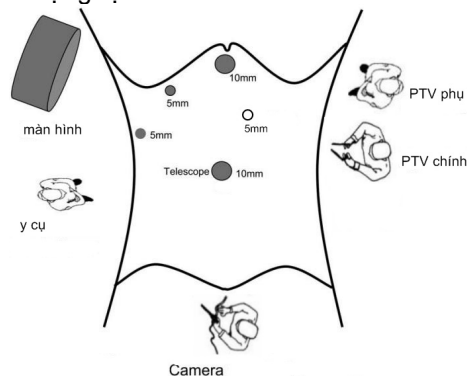
## KỸ THUẬT

Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, nghiêng trái. Khép hoặc dạng 2 chân. Phẫu thuật viên bên trái bệnh nhân

### Vị trí trocars

Chúng tôi sử dụng 4-5 trocars. 1 trocar 10-mm ở rốn cho camera, 1 trocar 10-mm ở thượng vị, 2 trocars 5-mm ở hạ sườn phải, 1 trường hợp đặt thêm 1 trocar 5-mm ở bên trái đường giữa giữa trocar thượng vị và rốn.



### Quy trình phẫu thuật

Kẹp TM vén lên phía hoành phải để phơi bày nang và làm rộng phẫu trường khi bóc tách. Mở lớp phúc mạc che OMC để bộc lộ thành nang. Phát triển lớp này dọc thành nang để tách rõ ĐM gan riêng, phát triển dọc theo phía mặt bên, giữa, sau thành nang để tách nang khỏi TM cửa (chỉ dùng đốt đơn hoặc lưỡng cực). Luồn dây nâng OMC lên tiếp tục bóc tách xuống đầu xa về phía tá tràng để xác định phần bình thường hẹp lại của OMC. Cần thận trọng làm tổn thương do nhiệt tới phần lân cận tá tràng. Cầm máu kỹ và hết sức cẩn thận tránh làm tổn thương ống tụy ở đoạn đường mật trong tụy. Không cố gắng tìm kênh chung. Cột hoặc clip; cắt đoạn xa (cột ở đầu để lại lần phần bỏ để khi cắt không chảy mật). Bóc tách, kẹp, cắt ĐM túi mật. (vẫn giữ túi mật để kẹp, vén). Bóc tách nang lên sát 2 ống gan.

Đánh dấu hồng tràng cách góc Treitz. Mở rộng đường rốn để làm chân Y (40-50cm tới rốn gan). Mở lỗ nối ~2cm cách bờ cắt ~2cm ở chân nối với ống gan. Đưa ruột vào, đóng nhỏ lại port rốn.

Đưa chân Roux lên gần rốn. Nhét gạc khu trú dịch mật. Tiến hành cắt đầu trên nang. Nối hồng tràng-ống gan. Mặt sau nối mũi liên tục, mặt trước nối mũi rời nếu ống gan > 1cm, nối mặt trước sau đều bằng mũi rời nếu ống gan < 1cm [6].

Cắt túi mật khỏi giường cùng với nang. DL dưới gan.

### KẾT QUẢ

#### Dữ liệu phẫu thuật

Loại nang theo thứ tự thời gian được PT	lc	la	la
Số trocars	5	4	4
Kích thước nang	17x20x32	35x67x70	32x50x64
Kích thước OMC dưới nang	5	3	2
Kích thước ống gan trên nang	15	12	12
Cắt nang trước/sau khi hoàn tất chân Y	Sau	Trước	Trước
Thời gian PT(giờ)	4	5	4h35'

### Dữ liệu hậu phẫu

Loại nang theo thứ tự thời gian được PT	lc	la	la
Rút thông mũi dạ dày	1	3	4
Ăn lại	1	3	4
Sốt	-	+	+
Dịch dẫn lưu	Hồng nhạt, ít	Vàng hồng, vừa	Đỏ (mổ lại cầm máu)
Rút dẫn lưu dưới gan	3	10	15
Thời gian dùng kháng sinh sau mổ	3	9	14
Xuất viện sau mổ	4	10	15

Trường hợp mổ thứ 2 có dò mật nhẹ, điều trị nội khoa ổn định.

Trường hợp mổ thứ 3 có chảy máu rỉ rả nhiều chỗ ở đầu tụy, dưới gan được phẫu thuật nội soi lại ngay ngày hậu phẫu thứ nhất với thám sát, hút dịch, nhét surgical cầm máu đầu tụy, dưới gan. Hậu phẫu có dò mật được điều trị nội khoa ổn định.

### BÀN LUẬN

Đây là 3 trường hợp đầu tiên mà chúng tôi thực hiện cắt nang ống mật chủ type I ở người lớn, nối ống gan-hồng tràng kiểu Roux-en-Y bằng phẫu thuật nội soi. Với những trường hợp này chúng tôi rút ra một số nhận xét sau.

#### Những phần bóc tách khó khăn

Bóc tách nang khỏi tĩnh mạch cửa phía sau trong giai đoạn đầu thì khó khăn cho đến khi tạo được 1 đường hầm giữa nang và tĩnh mạch cửa để luồn dây nâng ống mật chủ ra phía trước. với những trường hợp dính thì càng khó khăn nên các tác giả khuyên nên bóc tách từ phần thấp của nang trước [5].

Bóc tách nang ở đoạn cuối vùng đầu tụy thì cực kỳ quan trọng, tránh không chảy máu để có thể xác định đoạn hẹp lại bình thường của ống mật chủ. Các tác giả cũng khuyên không nên sử dụng đốt điện quá mức vì có thể làm tổn thương ống tụy chính và/hoặc kênh chung. Ở giai đoạn này chúng tôi dùng dao đốt lưỡng cực khi cần để cầm máu. Chúng tôi cũng không cố gắng bóc tách để tìm kênh chung một khi phần hẹp bình thường của ống mật chủ đã được xác định vì nguy hiểm [1]. Một trường hợp trong nghiên cứu của Jang J.Y [2] bị đứt đoạn cuối ống mật chủ vì lợi kéo nang lên phía trên quá mức, cho nên thao tác cần hết sức cẩn trọng. Trong ca thứ 3 chúng tôi gặp biến chứng chảy máu rỉ rả vùng đầu tụy được phẫu thuật nội soi lại cầm máu. Ở người lớn tuổi có bệnh sử đau nhiều lần thì khả năng viêm dính nang với cuống gan đầu tụy càng nhiều, bóc tách càng khó khăn [6].

Việc xác định đầu dưới hẹp lại bình thường của nang type la tương đối rõ hơn type lc nhờ dạng hình cầu của nó [4, 5] cho nên type này dễ cắt lấy hết phần dưới của nang hơn. Với đầu trên, đoạn ống gan chung lý tưởng còn lại để nối khoảng 1cm là đủ [5].

#### Tạo chân Roux-en-Y

Chúng tôi tạo chân Roux ngoài ổ bụng bằng cách đưa đoạn đầu hồng tràng ra ngoài qua việc mở rộng lỗ trocar ở rốn khoảng 2-3cm. Thực hiện kỹ thuật này

giúp tiết kiệm chi phí đáng kể cho bệnh nhân, giảm thiểu thời gian phẫu thuật [4, 9]. Việc tạo chân Roux trong ổ bụng bằng stapler gây mất thời gian vì các vị trí trocars không thích hợp lắm nhất là ở trẻ em [3, ]. Tuy nhiên, trong ca đầu tiên chúng tôi mất hơn 1h cho thì này vì sợ xoắn chân.

#### Nối ống gan hồng tràng

Đây là thì phẫu thuật quan trọng và khó khăn nhất [1, 2, 3, 8, 10] vì đòi hỏi 1 kỹ năng khâu nội soi phải tốt để tránh hẹp đường miệng nối sau mổ. Cả 3 trường hợp của chúng tôi có phần ống gan còn lại > 10mm, đều được khâu bằng mũi liên tục ở mặt sau và mũi rời ở mặt trước. Tanaka và cộng sự thực hiện kỹ thuật nâng thành bụng, đưa kẹp kim vào để thực hiện nối ống gan-hồng tràng. Đối với những trường hợp khó như đoạn ống gan còn lại sát rốn gan, đoạn ống gan còn lại nhỏ < 10mm... có tác giả làm một đường mổ nhỏ khoảng 5cm hoặc sử dụng bàn tay hỗ trợ để khâu nối [7]. Trong ca đầu tiên chúng tôi thực hiện nối ống gan hồng tràng mất 60 phút. Le [3] trong 2 trường hợp đầu thực hiện nối nang là 75 và 55 phút.

#### Dẫn lưu dưới gan

Dẫn lưu dưới gan là thường qui cho những trường hợp cắt nang ống mật chủ nối ống gan-hồng tràng. Dẫn lưu nhằm thoát dịch còn đọng lại, dẫn lưu dịch tiết do bóc tách, dẫn lưu dịch mật trong những trường hợp dò mật nhẹ và để báo hiệu trong những trường hợp chảy máu. Chúng ta phải luôn đề phòng dò mật ở miệng nối vì kiểm soát độ kín ở mũi khâu liên tục trong phẫu thuật nội soi thì hơi khó [10]. Trong ca đầu tiên chúng tôi sử dụng 5 trocars, khi khâu mặt sau chúng tôi dùng dụng cụ để nắm chỉ nên đường khâu kín và không có dò mật. Cũng ở ca này chúng tôi, theo kinh nghiệm của Le [3], chỉ cắt ngang đầu trên nang khi chân Roux đã được xong, ruột đưa vào ổ bụng và chân nối đã được đưa lên gần rốn gan vì thể lượng mật tụ dưới gan rất ít, sau khi lau rửa lượng dịch ra dẫn lưu rất ít. Trong 2 trường hợp sau ê kíp thực hiện cắt nang đầu trên nang trước sau đó mới bắt đầu làm chân Roux cho nên tụ dịch dưới gan nhiều hơn thậm chí xuống cả Douglas; ống dẫn lưu được rút ở ngày 10-15. Trong nghiên cứu của Chowbey [1] ống dẫn lưu dưới gan được rút sau mổ 5-27 ngày, khi dịch là dịch tiết và ít hơn 50ml. Một trường hợp trong nghiên cứu của Jang [2] bị tụ dịch trên hoành gây sốt, đau hạ sườn phải phải được dẫn lưu qua da, kháng sinh. Một trường hợp tụ dịch hậu cung mạc nối phát hiện qua siêu âm sau khi bệnh nhân sốt do tụ dịch mật quá nhiều trong thời gian phẫu thuật trong lô nghiên cứu của Srimurthy [9].

#### Thời gian mổ

Có hai thì phẫu thuật chiếm nhiều thời gian vì đòi hỏi sự tỉ mỉ là thì bóc tách nang và thì nối ống gan-hồng tràng. Đây cũng là một thách thức cho lòng kiên nhẫn của ê kíp phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào loại nang, nang có biến chứng trước đó hay không, tuổi, vào kỹ năng thành nghề của ê kíp phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của Chowbey [1] là 326.6 phút với thời gian cắt

nang trung bình là 45 phút. Ca phẫu thuật đầu tiên trong lô nghiên cứu của Jang [2] là 330 phút, nhưng với kinh nghiệm tích lũy dần, thời gian được rút ngắn lại trung bình còn 228 phút. Theo Lee [4], thời gian phẫu thuật trung bình là 439 phút vì trong nghiên cứu này có nhiều nang type Ic hơn, việc bóc tách nang khó khăn hơn so với nang type Ia. Tuy nhiên, theo Miyano [5], nang type Ic ít dính hơn so với type Ia, thường kích thước nang to hơn, dính hơn nên thời gian bóc tách có thể lâu hơn. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của Tanaka đến 10h16 phút, của Nguyễn Tấn Cường là 239,64 phút [7].

#### Biến chứng

Một trường hợp chảy máu rỉ rả vùng đầu tụy, dưới gan được phẫu thuật nội soi lại cầm máu ổn định. Trường hợp này và 1 trường hợp trước đó có dò mật nhẹ điều trị nội ổn. Theo Lee [4], tỉ lệ dò mật 8,8% so với 7-17% mổ hở kinh điển. Theo Tanaka [10] tỉ lệ biến chứng chung là 20%.

#### KẾT LUẬN

Qua những trường hợp đầu tiên thực hiện cắt nang đường mật bằng phẫu thuật nội soi chúng tôi nhận thấy có thể thực hiện phẫu thuật này an toàn hơn trong tương lai với kinh nghiệm được tích lũy qua nhiều trường hợp hơn, ê kíp phẫu thuật thành thực hơn mà không cần dụng cụ đặc biệt nào. Nó có thể là một chọn lựa điều trị hứa hẹn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chowbey P.K, Soni V, Sharma A, Khullar R, Baijal M (2005) Laparoscopic hepaticojejunostomy for biliary strictures. The experience of 10 patients. Surg Endosc 19: 273-279.
2. Jang J.Y, Kim -w, Han H.-S, Yoon -S, Han -S, Park -H (2006) Totally laparoscopic management of choledochal cysts using a four-hole method. Surg Endosc 20: 1762-1765.
3. Le D.M, Woo R.K, Sylvester K, Krummel M, Albanese T (2006) Laparoscopic resection of type I choledochal cysts in pediatric patients. Surg Endosc 20: 249-251.
4. Lee K.H, Tam -Y.H, Yeung C.K, Chan K.W, Sihoe J.D.Y, Cheung S.T, Mou J.W.C (2009) laparoscopic excision of choledochal cysts in children: an intermediate-term report. Pediatr Surg Int 25: 355-360.
5. Miyano T, Urao M, Yamataka A ( ) Choledochal cyst. Chapt 34.
6. Nguyễn Cao Cường (2005) Chẩn đoán và kết quả của phẫu thuật cắt nang đường mật ở người lớn. Luận án tiến sĩ y học.
7. Nguyễn Tấn Cường (2008) Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt nang đường mật qua nội soi. Tập 12, phụ bản 4: (143-149)
8. Shimura H, Tanaka M, Shimizu S, Mizumoto K (1998) Laparoscopic treatment of congenital choledochal cyst. Surg Endosc 12: 1268-1271.
9. Srimurthy K.R, Ramesh S (2006) laparoscopic management of pediatric choledochal cysts in developing countries: review of ten cases. Pediatr Surg Int 22: 144-149.