

NÊN NỐI TUYỆ DẠ DÀY HAY NỐI TUYỆ RUỘT TRONG CẮT KHỐI TÁ TUYỆ?

TRINH HỒNG SƠN, PHẠM THẾ ANH, NGUYỄN HOÀNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt khối tá tràng, đầu tụy (DPC) là phẫu thuật bao gồm cắt cả khối gồm tá tràng, đầu tụy, đường mật chính, túi mật, một phần dạ dày và đoạn đầu hồng tràng được Whipple thực hiện thành công lần đầu tiên trên người vào năm 1935. Kể từ đó phẫu thuật này được áp dụng để điều trị cho các tổn thương ác tính vùng đầu tụy, tá tràng (ung thư biểu mô đường bài xuất của tụy, ung thư biểu mô bóng

Vater, ung thư ống mật chủ, ung thư biểu mô tá tràng,...) và các tổn thương có nguy cơ ác tính tiềm tàng (u nhú ống tuyến và niêm mạc tụy khu trú hoặc dạng nang nhày). Ngoài ra còn mở rộng chỉ định với các trường hợp tổn thương tụy lành tính như viêm tụy mạn, hẹp tá tràng, chấn thương,... và vết thương tụy tùy thuộc vào tổn thương [1,2].

Trong cắt khối tá tụy thực hiện miệng nối tụy – ruột (viết tắt PJ: pancreaticojejunostomy) là kỹ thuật

thông thường được hầu hết các phẫu thuật viên sử dụng. Thực hiện miệng nối tụy-dạ dày (viết tắt PG: Pancreticogastrotomy) cho đến nay cũng đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới. Bài viết này nhằm điểm lại sơ lược các nghiên cứu và ứng dụng hai phương pháp PG và PJ trong y văn.

ĐIỂM LẠI CÁC THÔNG BÁO NỐI PG VÀ PJ TRONG CẮT KHỐI TÁ TỤY TRÊN THẾ GIỚI

Thực tế cho thấy DPC ngày càng trở nên an toàn hơn, tỉ lệ tử vong từ 0% đến 15% trung bình khoảng 4% hoặc nhỏ hơn ở các trung tâm phẫu thuật lớn. Nhiễm trùng sau mổ, chảy máu, biến chứng tim mạch là những nguyên nhân chính gây tử vong sau DPC. Mặc dù tỉ lệ tử vong sau mổ giảm nhưng tỉ lệ các biến chứng sau mổ (morbidity) có nơi lên tới 50%; chậm lưu thông dạ dày (DGE), nhiễm trùng vết mổ và rò miệng nối tụy - đường tiêu hoá là thường gặp hơn cả. Tỉ lệ rò tụy khoảng 5% đến 25% tùy thuộc vào từng nghiên cứu. Trong đó rò tụy là nguyên nhân chính gây nên các biến chứng khác như chảy máu, nhiễm trùng, áp xe tồn dư và đây là các nguyên nhân dẫn đến tử vong. Một trong những yếu tố quyết định tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật là phương pháp lập lại lưu thông tiêu hoá [7][3].

Năm 1991, Bartoli đã tiến hành phân tích các nghiên cứu trong giai đoạn từ 1975 đến 1990 nhận thấy phương pháp PG có tỉ lệ biến chứng, tử vong sau mổ thấp hơn so với nối tụy - ruột kiểu tận - bên, tận - tận hoặc nối Wirsung - ruột sau DPC, mặc dù vậy các trung tâm phẫu thuật ở Bắc Mỹ và 100% phẫu thuật viên (khoảng 20 phẫu thuật viên có số lượng bệnh nhân mổ nhiều của hiệp hội phẫu thuật gan-mật-tụy Canada) không ủng hộ phẫu thuật PG. Các nghiên cứu tiếp theo đến năm 1995 đều cho thấy PG an toàn hơn PJ với tỉ lệ tử vong sau mổ và biến chứng rò tụy thấp[7].

Nghiên cứu của Yeo tiến hành năm 1995 là một nghiên cứu tiến cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên giữa PG và PJ duy nhất trở về trước năm 1995, đây được đánh giá là một nghiên cứu hoàn hảo với số lượng bệnh nhân được phẫu thuật lớn, các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. Kết luận của nghiên cứu này là rò tụy là một biến chứng thường gặp sau DPC, vai trò của phẫu thuật viên rất quan trọng và không có dữ liệu nào chứng minh PG an toàn hơn PJ. Nhưng cũng cần phải nói thêm rằng Yeo và các đồng nghiệp chỉ bắt đầu làm PG từ năm 1995, khi bắt đầu làm nghiên cứu này, đây cũng có thể coi là một điểm yếu về kinh nghiệm so với các phẫu thuật viên làm PG lâu năm. Thực tế cho thấy mặc dù kết quả nghiên cứu của Yeo không thấy sự khác biệt giữa PG và PJ, rất nhiều các tác giả tiếp tục tiến hành nghiên cứu phương pháp PG và trong giai đoạn tiếp theo các báo cáo cho thấy số lượng phẫu thuật viên làm PG tăng lên đáng kể.

Tại Pháp, Đức, Italia thì hầu hết các trung tâm phẫu thuật vẫn tiến hành làm PG, Fabre năm 1998 nghiên cứu trên 160 trường hợp làm PG, Gerard năm 2006 tổng kết 235 trường hợp PG do chính tay ông

thực hiện cho thấy PG là phương pháp an toàn với tỉ lệ tử vong thấp, biến chứng rò tụy chỉ 13,6% và nên sử dụng PG sau DPC.

Tanako và đồng nghiệp tiến hành làm nghiên cứu so sánh PG và PJ trên 142 bệnh nhân, chia làm hai nhóm, giống nhau về mặt tuổi, giới, ... tại hai bệnh viện độc lập do một nhóm phẫu thuật viên thực hiện trong thời gian từ tháng 1/1994 đến tháng 1/1999. Kỹ thuật PJ được thực hiện giữa ống tụy và niêm mạc ruột, đối với dạ dày thì sử dụng kỹ thuật lồng tụy vào mặt sau dạ dày. Kết quả nghiên cứu cho thấy PG an toàn hơn PJ đặc biệt là khả năng rò tụy thấp. Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy việc thực hiện kỹ thuật nối ống tụy với niêm mạc ruột có thể làm tăng nguy cơ rò tụy sau DPC, so sánh ít có ý nghĩa vì hai kỹ thuật thực hiện không giống nhau. Nếu như tác giả cũng thực hiện nối tụy-ruột theo kiểu lồng tụy vào ruột thì kết quả của nghiên cứu này có giá trị hơn rất nhiều.

Jean-Pierre Duffas và các đồng nghiệp[3] tiến hành nghiên cứu đa trung tâm trên 149 bệnh nhân từ tháng 9/1995 đến 12/1999. Các phẫu thuật viên được thống nhất trong kỹ thuật làm miệng nối, tuy nhiên các phẫu thuật viên lại được tự do lựa chọn các phương pháp phụ trợ như dùng octreotide trong mổ, đặt stent ống tụy, tạo hình mạc nối hoặc không,... Vì vậy kết quả nghiên cứu kết luận tỉ lệ khác biệt về biến chứng sau PG và PJ không có ý nghĩa chưa thực sự thuyết phục.

Năm 2006, Mc Kay và các đồng nghiệp [11] đã có 1 nghiên cứu tổng kết các nghiên cứu so sánh giữa PG và PJ từ trước năm 2006. Dựa trên 11 nghiên cứu được chọn lựa sau khi đã loại ra 48 nghiên cứu (vì là những nghiên cứu hoặc là không có mục đích so sánh PG và PJ, hoặc không được xuất bản bằng hai thứ tiếng Anh và Pháp, hoặc đó là các nghiên cứu có số lượng bệnh nhân < 50 người). Trong 11 nghiên cứu này thì có 4 của Pháp, 3 của Mỹ, 2 của Nhật, 1 của Hàn Quốc và 1 của Đức. Duy nhất chỉ có 1 nghiên cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên của Yeo, Cameron và các đồng nghiệp năm 1995, 2 nghiên cứu thử nghiệm đối chứng không ngẫu nhiên và 8 nghiên cứu mô tả. Mục đích của nghiên cứu này là tổng hợp các kết quả liên quan nhưng là một nghiên cứu độc lập làm tăng giá trị thống kê để tìm ra ảnh hưởng của các phương pháp điều trị. Tác giả nhận thấy sự hỗn độn trong thiết kế của các nghiên cứu khó có thể tạo được một so sánh có nhiều ý nghĩa. Đồng thời tác giả nhận thấy có rất nhiều sự khác nhau giữa các nghiên cứu từ cách thức đến các thông số không thống nhất, bao gồm sự khác giữa các phương pháp phẫu thuật, các phương pháp phụ trợ (đặt stent, somatostatin, thời gian chăm sóc kéo dài sau phẫu thuật, đánh giá nhu mô tụy (cứng so với mềm), trình độ phẫu thuật viên không được đề cập đến trong hầu hết các nghiên cứu.

NHỮNG LÝ DO ỦNG HỘ NỐI TỤY-DẠ DÀY TRONG CẮT KHỐI TÁ TỤY

Nhìn chung những lý do của các tác giả ủng hộ cho PG sau DPC là về mặt sinh lý thì dịch tụy chứa các men tiêu hoá ở dạng chưa được hoạt hoá, các men này sẽ được hoạt hoá bởi các men ở ruột và đây là một yếu tố góp phần gây rò tụy. Trong khi đó acid trong dịch vị lại có khả năng ngăn ngừa việc hoạt hoá các enzym của tụy. Lý do nữa trong phẫu thuật PG do tụy đổ thẳng vào dạ dày và nhờ có sonde dạ dày mà miệng nối luôn được giảm áp lực nên không bị căng vì thế miệng nối trở nên an toàn hơn, ít nguy cơ rò, bục miệng nối. Trong khi phẫu thuật PJ có thể gặp sự tắc nghẽn lưu thông trong quai ruột đưa lên nối với tụy cộng với sự phù nề thành ruột làm tăng nguy cơ rò, bục miệng nối.

Về mặt giải phẫu thì việc sử dụng dạ dày nối với tụy có nhiều ưu điểm hơn như thành dạ dày thì dày, tưới máu rất tốt, có thể dễ dàng thực hiện đường khâu vắt, đồng thời có thể dễ dàng kiểm soát cầm máu ở diện cắt tụy trong lòng dạ dày. Một điểm nữa là trong những trường hợp can thiệp bằng nội soi sẽ được thực hiện một cách dễ dàng, thậm chí có thể thực hiện cầm máu qua nội soi khi có biến chứng chảy máu. Khi có biến chứng rò miệng nối thì việc hút sonde dạ dày làm cho việc điều trị rò tốt hơn, giảm bớt khả năng mổ lại. Vì vậy PG được đưa ra như là một sự thay thế hiển nhiên cho PJ.

NHỮNG LÝ DO KHÔNG ỦNG HỘ NỐI TỤY-DẠ DÀY TRONG CẮT KHỐI TÁ TỤY

Một số ý kiến cho rằng, khi cầm tụy vào dạ dày sẽ có nguy cơ làm tắc ống tụy do trào ngược dịch dạ dày, di chuyển của thức ăn vào lòng ống tụy, niêm mạc dạ dày có thể che lấp miệng nối. Những nguyên nhân này có thể gây viêm tụy mạn, hẹp hoặc tắc miệng nối tụy. Yoshito và cộng sự tiến hành nghiên cứu 156 bệnh nhân từ năm 1999 đến 2007 bằng cách đo kính thước ống tụy trước và sau khi được làm phẫu thuật PG và PJ, kỹ thuật được sử dụng là lồng tụy vào trong lòng ruột hoặc dạ dày, đo lại kích thước ống tụy chính sau phẫu thuật 3 đến 6 tháng với tổn thương ác tính và 12 đến 24 tháng với tổn thương lành tính bằng chụp cắt lớp vi tính, kích thước ống tụy đo tại chỗ được tác giả thấy rằng là giãn nhất, kết quả cho thấy kích thước ống tụy nhỏ hơn trước phẫu thuật chỉ xảy ra ở nhóm làm PJ và ngược lại kích thước ống tụy chính lại lớn hơn trước phẫu thuật PG. Hiroyuki thấy trong 64% trường hợp suy chức năng tụy ngoại tiết sau DPC, áp dụng kỹ thuật PG giữa ống tụy với niêm mạc dạ dày thì một trong những nguyên nhân là hẹp miệng nối tụy – dạ dày. Theo các tác giả này thì nguy cơ hẹp miệng nối tụy – dạ dày cao hơn hẹp miệng nối tụy ruột. Tuy nhiên có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến hẹp miệng nối như lựa chọn kích thước miệng nối, kỹ thuật làm miệng nối, các phương pháp phụ trợ như đặt stent, dẫn lưu ống tụy, đặc điểm thương tổn giải phẫu bệnh lý của nhu mô tụy... cũng như sai số trong các kết quả đo đạc. Vì thế các tác giả chưa thể đưa ra kết luận là làm PG có nguy cơ hẹp miệng nối cao hơn PJ.

MỘT SỐ Ý KIẾN CỦA TRỊNH HỒNG SƠN

Từ năm 2005-2008, tác giả thực hiện 58 trường hợp cắt khối tá tụy được nối tụy-dạ dày cho kết quả: tỷ lệ tử vong 0%, tỷ lệ rò tụy là 0%. Tác giả đưa ra một số nhận xét:

- Phẫu phẫu tích tốt mỏm thân tụy, di động mỏm thân tụy đủ dài, ít nhất là 2,5cm (điều kiện: trước tiên phẫu tích để nhìn rõ hợp lưu tĩnh mạch mạc treo tràng trên với thân tĩnh mạch lách mạc treo tràng sau đó phẫu tích tiếp để nhìn rõ hợp lưu tĩnh mạch mạc treo tràng dưới với tĩnh mạch lách).

- Khi lồng tụy nối tụy vào dạ dày mặt sau, miệng nối phải cách diện cắt dạ dày ít nhất 5cm.

- Diện mở mặt sau dạ dày để lồng tụy vào vừa đủ khít chặt để tránh phải khâu bớt diện mở dạ dày.

- Qua diện cắt dạ dày phải nhìn rõ mỏm tụy và ống wirsung nằm sâu trong lòng dạ dày.

- Miệng nối dạ dày ruột nên làm theo phương pháp Polya.

Tuy nhiên nếu không thực hiện được 3 điều kiện đầu nêu trên thì nên làm miệng nối tụy ruột.

KẾT LUẬN

Chưa có sự thống nhất lựa chọn phương pháp nối tụy-dạ dày và nối tụy-ruột trong cắt khối tá tụy. Nối tụy ruột hay nối tụy-dạ dày hoàn toàn phụ thuộc vào thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tuy nhiên xu hướng nối tụy-dạ dày ngày càng trở nên phổ biến hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bartoli et al (1991): "Pancreatic fistula and relative mortality in malignant disease after pancreaticoduodenectomy". *Anticancer Res*; 11: 1831-1848.

2. JL Cameron, HA Pitt, CJ Yeo et al (1993): "One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality". *Ann Surg*; 217:430-438.

3. JP Duffas et al (2005): "A controlled randomized multicenter trial of pancreatogastrostomy or pancreatojejunostomy after pancreatoduodenectomy". *J Surg*;189(6):720-9.

4. WL Fang, YM Shyr et al (2007): "Comparison between pancreatojejunostomy and pancreatogastrostomy after pancreaticoduodenectomy". *Med Assoc. p*;106(9): 717-27.

5. J . M. Fabre et al (1998): "Results of pancreatogastrostomy after pancreatoduodenectomy in 160 consecutive patients". *British Journal of Surgery* 1998, 85, 751-754.

6. V Gerard, MD Aranha et al (2006): "Critical Analysis of a Large Series of Pancreaticogastrostomy After Pancreaticoduodenectomy". *Arch Surg*; 141: 574-580

7. D Jaeck, K Boudjema, P Bachellier (1980): "Exôroses pancrôatiques cophaliques :duodônopancrôatectomies cophaliques-DPC" *encyclopédie medical chiruricale*, volume 40-880-B, p1-17.