

Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó

To evaluate the effect and safety of precut sphincterotomy for difficult biliary cannulation in endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Nguyễn Xuân Quỳnh, Nguyễn Cảnh Bình,
Nguyễn Lâm Tùng, Mai Thanh Bình,
Trần Văn Hải

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tính an toàn của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 110 bệnh nhân thực hiện kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó, từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2023 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật liên quan tới gan mật tụy và cắt dạ dày nối Billroth II lần lượt là 22,7% và 5,4%. Tỷ lệ bệnh lý đường mật gồm sỏi đường mật 47,3%, tắc mật do ung thư 36,4%, bệnh lý đường mật khác 16,4%. Tỷ lệ thành công có 98/110 bệnh nhân (89,1%). Kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi với cắt trước qua đục lỗ chiếm chủ yếu 86,4%, cắt trước từ miệng nhú 6,4%, cắt trước xuyên vách 7,3%. Biến chứng chung 19,19%, trong đó chảy máu 4,5%, viêm tụy cấp 9,1%, viêm đường mật cấp có 5,5%, thủng tá tràng 0%. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó có kết quả tỷ lệ thành công cao và an toàn cho bệnh nhân.

Từ khóa: Kỹ thuật cắt trước, nội soi mật tụy ngược dòng, viêm tụy cấp, thông nhú đường mật khó.

Summary

Objective: To evaluate the characteristics of the effects, and complications of precut sphincterotomy for difficult biliary cannulation in endoscopic retrograde cholangiopancreatography. **Subject and method:** A descriptive study conducted with 110 patients who had performed precut sphincterotomy for difficult biliary cannulation in endoscopic retrograde cholangiopancreatography at 108 Military Central from January 2021 to May 2023. **Result:** A total of 110 patients (average age 66.9 ± 15.6 , female 32.73%) with difficult biliary cannulation required precut sphincterotomy had previous operation with Billroth II gastrectomy and hepatopancreatic biliary surgery had 5.4% and 22.7%, respectively. The rate of diagnoses with the stones bile duct, malignant jaundice, and others had 47.3%; 36.4%, and 16.4%, respectively. Precut sphincterotomy with needle-knife fistulotomy, needle-knife precut sphincterotomy, and trans pancreatic sphincterotomy recorded 86.4%, 6.4%, and 7.3%. The precutting procedure was successful with 89.1%. The complication rate was 19.19% (21 of 110) (bleeding 4.5%, pancreatitis 9.1%,

Ngày nhận bài: 29/6/2023, ngày chấp nhận đăng: 12/7/2023

Người phản hồi: Nguyễn Xuân Quỳnh, Email: dr.quynh12345@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

and cholangitis 5.5%, perforation 0%). *Conclusion:* Precut sphincterotomy for difficult biliary cannulation in endoscopic retrograde cholangiopancreatography resulted in a high success and safety.

Keywords: Precut sphincterotomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, pancreatitis, difficult biliary cannulation.

1. Đặt vấn đề

Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) điều trị bệnh lý đường mật sẽ gặp rất nhiều khó khăn ở những bệnh nhân có sự thay đổi giải phẫu so với thông thường: BN sau phẫu thuật gan mật tụy, tiền sử cắt đoạn dạ dày, có sẹo loét hẹp tá tràng, túi thừa tá tràng quanh nhú Vater, nhú Vater lạc chỗ... [3]. Dẫn đến việc tiếp cận và thông nhú giúp đưa dây dẫn vào đường mật thất bại làm trì hoãn việc điều trị. Thông nhú là một bước quan trọng trong quá trình NSMTND mặc dù hiện nay có nhiều cải tiến về nội soi như ống nội soi mềm hơn hay chất lượng hình ảnh sắc nét hơn, các dây dẫn và phụ kiện tốt hơn. Tuy nhiên, thông nhú Vater vào đường mật theo kỹ thuật thông nhú chuẩn có tỉ lệ thất bại 5%-20% tùy thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ can thiệp và giải phẫu của từng bệnh nhân [6]. Sử dụng các kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong các trường hợp thông nhú Vater khó làm tăng tỉ lệ thành công [5].

Cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND là thủ thuật cắt cơ vòng trước sau đó đưa dây dẫn vào đường mật [6], phát triển vào cuối những năm 1970 đầu năm 1980 và được chứng minh giúp thông nhú Vater vào đường mật thành công khi mà thông nhú Vater vào đường mật theo kỹ thuật chuẩn gặp khó khăn, thất bại. Tuy nhiên, kỹ thuật này có liên quan đến nguy cơ tai biến, biến chứng tăng hơn từ (6%-34%) đặc biệt là thủng tá tràng, thủng đường mật, viêm tụy cấp, chảy máu...[5, 6]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về hiệu quả và các biến chứng của kỹ thuật cắt trước cơ vòng trong NSMTND. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu đầy đủ về hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND ở bệnh nhân thông nhú vào đường mật khó. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả và tính an toàn của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó"* với mục tiêu: *Đánh giá kết quả và tính an toàn của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong nội soi mật tụy ngược dòng ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 110 bệnh nhân được xác định thông nhú đường mật khó trong NSMTND thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 5 năm 2023 với tiêu chuẩn:

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có chỉ định NSMTND.

Bệnh nhân được xác định thông nhú đường mật khó theo tiêu chuẩn của đồng thuận quốc tế 2017 về thông nhú đường mật khó [8] trong NSMTND bởi bác sĩ nội soi kinh nghiệm (thực hiện tối thiểu 350 trường hợp) [3] với 1 trong 2 tiêu chuẩn:

Thời gian tiếp cận thông nhú Vater vào đường mật trong 10 phút không thành công.

Số lần tiếp cận thông nhú Vater vào đường mật > 5 lần không thành công.

Tiêu chuẩn loại trừ

Ung thư nhú Vater, túi thừa tá tràng (type 1), đang xuất huyết tiêu hóa trên, rối loạn đông chảy, máu nặng chưa điều chỉnh, đang mang thai, dưới 18 tuổi, đã từng can thiệp cắt cơ vòng Oddi.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, không ngẫu nhiên, thiết kế tiến cứu phối hợp hồi cứu.

Cỡ mẫu thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu: Đầy đủ các phương tiện cho chẩn đoán và điều trị can thiệp NSMTND và các loại dao cắt trước (dao kim và dao cung).

Sử dụng các kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi được sử dụng chủ yếu hiện nay là: Cắt trước từ miệng nhú (Precut papillotomy), cắt trước qua đục lỗ (Precut fistulotomy), cắt trước xuyên vách từ ống tụy (Transpancreatic precut sphincterotomy) [7], [8].

Thông nhú thành công: Đưa được catheter lên đường mật chính và chụp được cây đường mật.

Thông nhú thất bại: Không đưa được catheter lên đường mật.

Sau can thiệp theo dõi các biến chứng viêm tụy cấp, chảy máu, thủng tá tràng, viêm đường mật cấp. Trong đó tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp sau NSMTND dựa vào tiêu chuẩn Cotton cải tiến [4], [10]. Viêm đường mật dựa vào tiêu chuẩn Tokyo Guideline 2018 [9].

Phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0, Chicago, với giá trị $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

Từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 5 năm 2023 có 110 BN thông nhú đường mật khó trong NSMTND thất bại với phương pháp can thiệp chuẩn cần phải tiến hành cắt trước cơ vòng Oddi để thông vào đường mật.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó tiến hành cắt trước (n = 110)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Tuổi trung bình (tuổi)		66,9 ± 15,6	
Giới tính	Nữ	36	32,73
	Nam	74	67,27
Tiền sử phẫu thuật	Cắt dạ dày nối Billroth II	6	5,4
	Phẫu thuật liên quan gan mật tụy	25	22,7
Bệnh lý đường mật	Sỏi đường mật	52	47,3
	Tắc mật do ác tính	40	36,4
	Bệnh lý khác	18	16,3

Nhận xét: Bệnh lý đường mật chủ yếu là sỏi đường mật 52 trường hợp (47,3%), tắc mật do bệnh lý ác tính 40 trường hợp (36,4%); 22,7% liên quan đến tiền sử phẫu thuật gan mật tụy.

Bảng 2. Kết quả của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó (n = 110)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Kỹ thuật cắt trước	Cắt trước qua đục lỗ	95	86,4
	Cắt trước từ miệng nhú	6	6,4
	Cắt trước xuyên vách từ ống tụy	8	7,3
Thuốc cản quang vào ống tụy		41	37,27
Tỉ lệ thông nhú thành công		98	89,1

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân thông nhú Vater vào đường mật khó trong NSMTND sử dụng cắt trước qua đục lỗ chiếm chủ yếu có 95 trường hợp (86,4%). Thuốc cản quang vào ống tụy có 41 trường hợp chiếm 37,27% trong đó đặt dẫn lưu ống tụy là 19/41 trường hợp (46,34%). Tỉ lệ thông nhú thành công là 98/110 trường hợp chiếm 89,1%. Trong số 12 trường hợp thất bại có 5 trường hợp làm lại lần 2 sau 3-5 ngày và 7 trường hợp không can thiệp lại chuyển sau phương pháp can thiệp khác hoặc bệnh nhân ổn định xin ra viện.

Bảng 3. Biến chứng của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó (n = 110)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Chảy máu	5	4,55
Viêm tụy cấp	10	9,1
Viêm đường mật cấp	6	5,45
Thủng	0	0
Tổng	21	19,09

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung là 19,09%, trong đó chảy máu 5 trường hợp (4,55%). Viêm tụy cấp có 10 trường hợp (9,09%) đều mức độ vừa và nhẹ; viêm đường mật có 6 trường hợp (5,45%).

Bảng 4. So sánh biến chứng của kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó (n = 110)

Biến chứng	Cắt trước đục lỗ (n = 95)	Cắt trước xuyên vách (n = 9)	Cắt trước từ miệng nhú (n = 7)	p
Chảy máu	5 (5,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Viêm tụy cấp	6 (6,4%)	3 (33,3%)	1 (14,3%)	0,018
Viêm đường mật cấp	5 (5,3%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0,378
Tổng	16 (17%)	3 (33,3%)	2 (28,6%)	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chảy máu và viêm đường mật ở các nhóm kỹ thuật cắt trước không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp của nhóm cắt trước xuyên vách cao hơn so với các nhóm cắt trước khác với $p < 0,05$.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 110 bệnh nhân thực hiện cắt trước cơ vòng Oddi ở bệnh nhân thông nhú đường mật khó trong NSMTND.

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày nối Billroth II và có tiền sử phẫu thuật gan mật tụy chiếm lần lượt 5,4% và 22,7% so với tác giả Akaraviputh và cộng sự (CS) (2008) [2] có tỷ lệ 0,5% và 19% là tương đồng. Bệnh lý sỏi đường mật chiếm đa số với 47,3%, tắc mật do bệnh lý ác tính chiếm 36,4% bệnh lý khác chiếm 16,4% tương đương với NC của Katsinelos và CS (2012) [7] với các nguyên nhân chiếm lần lượt là 57,8%, 26,7% và 15,5%.

Kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi trong NSMTND với 3 kỹ thuật: Cắt trước qua đục lỗ, cắt trước từ miệng nhú, cắt trước xuyên vách tỷ lệ lần lượt là 86,4%, 6,4% và 7,3%. Kết quả này có sự khác biệt so với tác giả của Katsinelos và CS (2012) [7] có tỷ lệ tương ứng lần lượt là 28,5%, 47,1% và 24,4%. Tỷ lệ khác biệt này do quen sử dụng lựa chọn kỹ thuật cắt trước của từng chuyên gia là khác nhau và chưa có khuyến cáo về lựa chọn sử dụng kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi. Tỷ lệ thuốc cản quang vào ống tụy là 41/110 trường hợp chiếm 37,27% tỷ lệ này thấp hơn

so với tác giả Katsinelos và CS (2012) [7] với 79,6%. Bảng 3 chỉ ra tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 98/100 trường hợp chiếm 89,1%. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Katsinelos và CS (2012) [7] thành công là 90,1%.

Bảng 4 chỉ ra biến chứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,09% tương đương với nghiên cứu của Katsinelos và CS (2012) [7] với 19,2% trong đó chảy máu 5 trường hợp (4,55%), 3 trường hợp chảy máu tại chỗ ngay lập tức, 2 trường hợp chảy máu mức độ vừa cần truyền máu được dùng thuốc cầm máu sau ổn định. Viêm tụy cấp có 10 trường hợp (9,09%) đều mức độ vừa và nhẹ; viêm đường mật có 6 ca (5,45%) đều mức độ vừa và nhẹ. Trong đó biến chứng chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tương đồng tác giả Katsinelos và CS (2012) [7] có tỷ lệ 3,3% trong đó chảy máu tại chỗ 2,6% và chảy máu muộn là 0,7%, thủng tá tràng có 0,4%, viêm đường mật cấp không đề cập đến, viêm tụy cấp có 16,1%. Theo tác giả Freeman và CS (2003) [3] tỷ lệ viêm tụy cấp sau NSMTND nói chung trong khoảng hơn 5%.

So sánh biến chứng của các kỹ thuật cắt cơ vòng Oddi thấy rằng tỷ lệ viêm tụy cấp của cắt trước xuyên vách 37,5 % cao hơn so với cắt trước khác và tỷ lệ cắt trước qua đục lỗ là 6,4% với $p < 0,05$. So với nghiên cứu của Katsinelos và CS [7] tỷ lệ cắt trước xuyên vách cao nhất chiếm 24,4%, sau đó là cắt trước từ miệng nhú 21% và cắt trước qua đục lỗ tỷ lệ 2,6% thấp hẳn so các kỹ thuật cắt trước khác. Nghiên cứu của Trần Như Nguyên Phương và CS (2021) cắt trước qua đục lỗ tiến hành ngay trong NSMTND có tỷ lệ biến chứng viêm

tụy cấp là 3,7% [1]. Tuy nhiên, số liệu hạn chế bệnh nhân ở nhóm cắt trước từ miệng nhú và nhóm cắt trước xuyên vách từ ống tụy, nên cần có các nghiên cứu số lượng nhiều bệnh nhân hơn.

5. Kết luận

Kỹ thuật cắt trước cơ vòng Oddi để thông nhú chọn lọc vào đường mật có tỉ lệ thành công cao trong các trường hợp thông nhú khó. BC của kỹ thuật có tỉ lệ thấp, với chủ yếu BC mức độ nhẹ và vừa. Các kỹ thuật cắt trước là tương đương nhau về hiệu quả, sử dụng lựa chọn kỹ thuật cắt trước nào phụ thuộc vào thói quen của từng bác sĩ nội soi can thiệp.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Như Nguyên Phương, Nguyễn Văn Trường, Hồ Ngọc Sang và CS (2021) *So sánh phương pháp cắt phễu bằng dao kim và thông nhú thông thường trong nội soi mật tụy ngược dòng*. Tạp chí Y Học Lâm sàng. 70, tr. 41-50.
2. Akaraviputh T, Lohsiriwat V, Swangsri J et al (2008) *The learning curve for safety and success of precut sphincterotomy for therapeutic ERCP: A single endoscopist's experience*. Endoscopy 40(6): 513-516.
3. Berry R, Han JY, Tabibian JH (2019) *Difficult biliary cannulation: Historical perspective, practical updates, and guide for the endoscopist*. World J Gastrointest Endosc 11(1): 5-21.
4. Cotton PB, Lehman G, Vennes J et al (1991) *Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus*. Gastrointest Endosc 37(3): 383-393.
5. Freeman ML (2003) *Understanding risk factors and avoiding complications with endoscopic retrograde cholangiopancreatography*. Curr Gastroenterol Rep 5(2): 145-153.
6. Freeman ML, Guda NM (2005) *ERCP cannulation: a review of reported techniques*. Gastrointest Endosc. 61(1): 112-125.
7. Katsinelos P, Gkagkalis S, Chatzimavroudis G et al (2012) *Comparison of three types of precut technique to achieve common bile duct cannulation: a retrospective analysis of 274 cases*. Dig Dis Sci. 57(12): 3286-3292.
8. Liao WC, Angsuwatcharakon P, Isayama H et al (2017) *International consensus recommendations for difficult biliary access*. Gastrointest Endosc. 85(2): 295-304.
9. Miura F, Okamoto K, Takada T et al (2018) *Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 25(1): 31-40.
10. Thaker AM, Mosko JD, Berzin TM (2015) *Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis*. Gastroenterol Rep (Oxf) 3(1): 32-40.