

Can thiệp tối thiểu điều trị rò mật sau mổ cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Minimally invasive for bile leakage after hepatectomy in 108 Military Central Hospital

Vũ Văn Quang, Lê Văn Thành, Lê Minh Kha

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của can thiệp tối thiểu mà không cần phẫu thuật đối với các trường hợp rò mật sau mổ cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu những bệnh nhân bị rò mật sau mổ cắt gan đã được điều trị bằng can thiệp tối thiểu từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 5 năm 2020, tại Bệnh viện TWQĐ 108. **Kết quả:** Có 21 trường hợp rò mật sau phẫu thuật cắt gan, 6 trường hợp cắt gan trung tâm, 5 trường hợp cắt gan phân thùy trước, 5 trường hợp cắt gan phải, 03 trường hợp cắt gan phân thùy sau, 2 trường hợp cắt gan trái. Dẫn lưu ổ rò mật qua da đơn thuần cho 18 trường hợp, 03 trường hợp dẫn lưu ổ rò mật kết hợp với đặt stent đường mật nội soi mật tụy ngược dòng. Các dẫn lưu đã được loại bỏ sau khi giải quyết hoàn toàn ổ rò mật trong 21 trường hợp (100%). Không có trường hợp cần mổ lại để điều trị rò mật sau mổ cắt gan. Thời gian dẫn lưu trung bình là $38,6 \pm 19,9$ ngày (14 - 87 ngày). **Kết luận:** Điều trị rò mật sau phẫu thuật cắt gan bằng can thiệp tối thiểu là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Rò mật sau phẫu thuật cắt gan, dẫn lưu mật, can thiệp tối thiểu điều trị rò mật.

Summary

Objective: To retrospectively evaluate the usefulness of non-surgical management of bile leakage after hepatectomy for hepatocellular carcinoma. **Subject and method:** Data from the patients who had undergone non-surgical management for bile leakage between January 2013 and May 2020 were retrospectively reviewed. **Result:** There were 21 cases bile leakage after hepatectomy, 6 cases central hepatectomy, 5 cases anterior hepatectomy, 5 cases right hepatectomy, 3 cases posterior hepatectomy, 2 cases of left hepatectomy. Percutaneous bile leakage drainage alone 18 cases and 3 cases percutaneous bile leakage drainage combined with endoscopic retrograde cholangiopancreatography. There were no cases of re-surgery to treat bile leakage after liver dissection. The average drainage time was 38.6 ± 19.9 days (14 - 87 days). **Conclusion:** A minimally invasive procedure for bile leakage after hepatectomy was safe and effective.

Keywords: Bile leakage after hepatectomy, percutaneous bile leakage drainage, minimally invasive for bile leakage.

1. Đặt vấn đề

Rò mật sau phẫu thuật cắt gan là biến chứng thường gặp với tỷ lệ 2,9% - 17% [1], [2]. Rò mật có thể: Từ diện cắt gan, từ vị trí khâu tái tạo đường mật hoặc tổn thương đường mật trong quá trình phẫu

thuật. Hậu quả của rò mật là tình trạng nhiễm khuẩn đường mật nghiêm trọng, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn dẫn đến biến chứng và tử vong cao, chất lượng cuộc sống bị suy giảm và gánh nặng tài chính đáng kể cho cả bệnh nhân, xã hội. Một số báo cáo trước đây đã đề cập việc phẫu thuật lại cho bệnh nhân biến chứng rò mật với lượng dịch lớn hoặc tổn thương đường mật. Tuy nhiên, việc mổ lại rò mật trong giai đoạn hậu phẫu làm tăng tỷ lệ biến

Ngày nhận bài: 5/8/2020, ngày chấp nhận đăng: 21/10/2020

Người phản hồi: Vũ Văn Quang,

Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

chứng và tử vong của bệnh nhân [3]. Gần đây, can thiệp tối thiểu được coi là lựa chọn đầu tiên trong điều trị rò mật sau phẫu thuật trong phần lớn các trường hợp; có thể dẫn lưu ổ dịch qua da và/hoặc đặt stent đường mật, đặt dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da... [2], [4], [5], [6].

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân rò mật sau mổ cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 5 năm 2020 tại Bệnh viện TWQĐ 108.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu.

Quy trình chẩn đoán rò mật: Dựa vào tiêu chuẩn của Hội Nghiên cứu Quốc tế về Phẫu thuật Gan (International Study Group of Liver Surgery - ISGLS), rò mật sau khi cắt gan được định nghĩa là nồng độ bilirubin dịch dẫn lưu cao gấp ba lần so với nồng độ bilirubin trong máu ở ngày thứ 3 sau phẫu thuật hoặc thấy rò mật qua chụp đường mật hoặc viêm phúc mạc mật khi mổ.

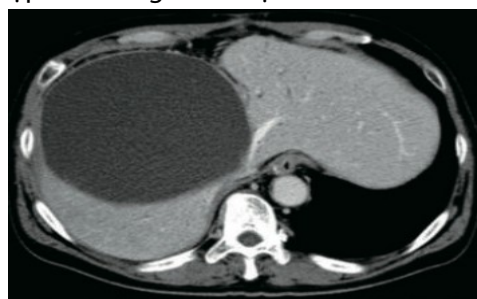
Quy trình điều trị rò mật bằng can thiệp tối thiểu: Các dẫn lưu dưới gan và/hoặc diện cắt đã được đặt trong khi phẫu thuật và rút ra sau vài ngày khi dịch chảy ra đã giảm dần hoặc hết. Chẩn đoán rò mật dựa trên các triệu chứng như sốt cao, vàng da hoặc chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Nếu phát hiện có rò mật thực sự, sử dụng ống dẫn lưu 9Fr (Dẫn lưu Macflow hoặc All win) đặt qua da, nếu dịch qua dẫn lưu nhiều số lượng > 500ml/ngày thì chúng tôi tiến hành đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy

ngược dòng (ERCP). Trong nghiên cứu, phân loại rò mật sau phẫu thuật cắt gan dựa theo Sakamoto: 1) Nếu ống mật bị rò được xác nhận là có thông với đường mật, được xếp loại rò mật trung tâm; 2) Nếu ống mật bị rò không thông với đường mật được xếp loại rò mật ngoại vi.

Những bệnh nhân bị rò mật loại trung tâm thì đặt dẫn lưu ổ dịch hoặc kết hợp đặt stent đường mật để chuyển dòng chảy mật ra khỏi vị trí rò và giảm áp lực ống mật. Các trường hợp rò mật ngoại vi chỉ cần đặt dẫn lưu ổ dịch mật. Trong số những bệnh nhân bị rò mật ngoại vi đặt dẫn lưu thấy không hiệu quả, dịch mật nhiều hơn 100ml mỗi ngày qua dẫn lưu kéo dài trong vài tuần, cần đặt stent đường mật bổ sung.

Chụp rò và/hoặc chụp đường mật thường được thực hiện một lần một tuần hoặc hai tuần một lần để đánh giá kết quả dẫn lưu. Phẫu thuật lại chỉ được xem xét nếu các phương pháp điều trị can thiệp tối thiểu thất bại.

Cuối cùng, dẫn lưu chỉ được rút khi bệnh nhân ổn định, dịch qua dẫn lưu hết, các thông số sinh hóa như bilirubin và phản ứng viêm bình thường và siêu âm/Chụp CT không còn ổ dịch.



Hình 1. Hình ảnh rò mật sau mổ cắt gan trung tâm
BN: Nguyễn Xuân Đ. (Số BA: 13131)



Hình 2. Dẫn lưu ổ rò mật bằng dẫn lưu Macflow 9Fr**2.3. Xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các giá trị được biểu thị dưới dạng: Trung bình, tỉ lệ phần trăm. Chỉ có giá trị p nhỏ hơn 0,05 được coi là có ý nghĩa.

3. Kết quả**3.1. Đặc điểm chung****Bảng 1. Đặc điểm chung**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (tuổi)	57,3 $\pm$ 6,4
Giới (n, %)	
Nam	18 (85,7%)
Nữ	3 (14,3%)
Loại cắt gan (n, %)	
Cắt gan phải	5 (23,8%)
Cắt gan trái	2 (9,5%)
Cắt gan trung tâm	6 (28,6%)
Cắt gan phân thủy trước	5 (23,8%)
Cắt gan phân thủy sau	3 (14,3%)

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu: 57,3 $\pm$ 6,4 tuổi, nam chiếm đa số (85,7%), rò mật sau cắt gan trung tâm thường gặp nhất (52,4%), 100% BN rò mật tại vị trí diện cắt gan.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Đặc điểm	Giá trị
Sốt > 38°C (n, %)	16 (76,2)
Vàng da (n, %)	21 (100)
Đau bụng (n, %)	11 (52,4%)
GOT (U/l)	47 (23 - 292)
GOT (U/l)	54 (19 - 302)
GGT (U/l)	17 (15 - 187)
Bilirubin toàn phần (μ mol/l)	49,5 (32,8 - 145,6)
Siêu âm	Có (n, %)
	Kích thước trung bình (cm)
CLVT	Có (n, %)
	Kích thước trung bình (cm)

Nhận xét: Biểu hiện lâm sàng của rò mật sau mổ gồm: Sốt (76,2%), vàng da (100%), đau bụng chỉ chiếm 52,4%, bilirubin toàn phần trung bình: $49,5\mu\text{mol/l}$, kích thước trung bình trên siêu âm và CLVT lần lượt là: 7,8cm và 8,2cm.

3.3. Kết quả can thiệp tối thiểu

Bảng 3. Kết quả can thiệp tối thiểu

Đặc điểm	Giá trị
Can thiệp tối thiểu thành công (n, %)	21 (100%)
Loại rò mật	
Trung tâm	5 (23,8%)
Ngoại vi	16 (76,2%)
Thời gian trung bình từ khi phẫu thuật tới khi can thiệp (ngày)	$14,2 \pm 11,1$ (4 - 41)
Đặt stent đường mật bổ sung	
Có	3 (14,3%)
Không	18 (85,7%)
Thời gian dẫn lưu trung bình (ngày)	$38,6 \pm 19,9$ (14 - 87)
Rút dẫn lưu	15 (100%)

Nhận xét: Can thiệp tối thiểu được thực hiện thành công 100% các trường hợp. Rò mật ngoại vi gặp nhiều nhất (76,2%). Thời gian trung bình từ phẫu thuật đến khi đặt dẫn lưu ban đầu là $14,2 \pm 11,1$ ngày. Dẫn lưu được loại bỏ sau khi giải quyết hoàn toàn và không tái phát rò mật trong 21 trường hợp (100%) được điều trị bằng phương pháp can thiệp tối thiểu. Thời gian dẫn lưu trung bình: $38,6 \pm 19,9$ ngày. Không có bệnh nhân nào cần phải mổ lại.

4. Bàn luận

Rò mật sau phẫu thuật cắt gan là biến chứng thường gặp với tỷ lệ 2,9% - 17%, và hiện tại can thiệp tối thiểu đang được coi là lựa chọn đầu tiên trong điều trị rò mật sau mổ [1], [2]. Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu: $57,3 \pm 6,4$ tuổi, nam chiếm đa số 18 (85,7%) bệnh nhân (Bảng 1). Kết quả tương tự nghiên cứu của Kimura (2018) [2]: Tuổi trung bình: $67,1 \pm 7,0$, nam (86,7%).

Các nghiên cứu phân tích các yếu tố nguy cơ và tỉ lệ rò mật sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan thường gặp trong cắt gan lớn, đặt biệt cắt gan có hai diện cắt như: Cắt gan phân thùy trước, cắt gan trung tâm hoặc cắt gan hạ phân thùy 1 [1], [5], [7]. Bảng 1 cho thấy: Cắt gan trung tâm gặp nhiều

nhất (28,6%), cắt gan phân thùy trước (23,8%), cắt gan phải (23,8%), cắt gan trái (9,5%), cắt gan phân thùy sau (14,3%). Kimura (2018) [2]; nghiên cứu 15 trường hợp rò mật được can thiệp tối thiểu cho thấy: Cắt gan phân thùy trước (26,7%), cắt gan trái mở rộng (13,3%), cắt gan phân thùy sau (13,3%), cắt gan phải (6,7%), cắt gan trung tâm (6,7%).

Biểu hiện lâm sàng của rò mật như: Sốt (76,2%), vàng da (100%), đau bụng (52,4%) và xét nghiệm có biểu hiện tăng lên đặc biệt là men gan và bilirubin: GOT trung bình: 47U/l, GPT trung bình: 54U/l, GGT: 17U/l, bilirubin toàn phần: $49,5\mu\text{mol/l}$ (Bảng 2). Kết quả tương tự các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới [1], [2], [3].

Nghiên cứu chỉ ra rằng 100% các bệnh nhân khi có biểu hiện lâm sàng của rò mật đều được làm siêu âm với kích thước trung bình ổ rò mật: 7,8cm. Trong khi đó chụp CLVT chỉ tiến hành ở 76,2% các trường hợp với kích thước trung bình ổ rò mật: 8,2cm (Bảng 2). Nghiên cứu của Nagano [5] và Uller [7] cho thấy kích thước trung bình ổ rò mật đo được trên CLVT lần lượt là: 8cm và 9,2cm.

Phương pháp hiệu quả được lựa chọn dựa trên loại rò mật; rò mật loại trung tâm được điều trị chủ

yếu và hiệu quả bằng dẫn lưu ổ dịch kết hợp với đặt stent đường mật, giúp giảm áp lực bên trong đường mật và giảm thể tích dịch rò. Kết hợp các biện pháp can thiệp đường mật như: Đặt stent đường mật, dẫn lưu mật xuyên gan qua da nếu đặt dẫn lưu ổ dịch đơn thuần không hiệu quả [1].

Nghiên cứu cho thấy, can thiệp tối thiểu điều trị rò mật thành công ở cả 21 (100%) bệnh nhân. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo tỷ lệ chữa khỏi dao động từ 82 - 90%. Tỷ lệ điều trị hết rò mật bằng dẫn lưu trong nghiên cứu tương đương với các báo cáo trước đó [2], [6].

Bảng 3 cho thấy: Rò mật ngoại vi gặp nhiều nhất (76,2%), rò mật trung tâm gặp ít hơn (23,8%). Kết quả tương tự nghiên cứu của Kimura (2018) [2]: Rò mật ngoại vi (66,7), rò mật trung tâm (33,3%).

Trong nghiên cứu, có 03 (14,3%) bệnh nhân rò mật trung tâm đã được đặt stent qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) sau khi dẫn lưu ổ dịch dưới gan, lượng dịch ra qua dẫn lưu > 500ml/ngày kéo dài trên 03 ngày. Đối với rò mật loại ngoại vi, dẫn lưu ổ dịch là lựa chọn điều trị đầu tiên và thường hiệu quả. Một số trường hợp rò mật ngoại vi đã đặt dẫn lưu ổ bụng nhưng lượng dịch ra hàng ngày vẫn nhiều và không triệt để. Một số tác giả sử dụng ethanol tuyệt đối bơm vào ổ rò mật, tuy nhiên nó ảnh hưởng đến ống mật còn lại và gây ra tổn thương không hồi phục [2], [7]. Trong nghiên cứu, tất cả các trường hợp loại ngoại vi đều được dẫn lưu thành công. Tác giả Kimura (2018) [2], có một trường hợp sử dụng ethanol bơm qua dẫn lưu ổ dịch. Điều quan trọng, trong cả hai loại rò mật, vấn đề phẫu thuật tạo hình lại đường mật chỉ nên được xem xét khi không thể can thiệp tối thiểu hoặc sử dụng hết các biện pháp can thiệp tối thiểu mà không hiệu quả.

Sakamoto và cộng sự (2016) [1] đã báo cáo một số trường hợp cần phải mở lại vì các phương pháp điều trị can thiệp tối thiểu thất bại. Trong nghiên cứu, không có trường hợp nào cần phẫu thuật lại, tương tự một số nghiên cứu gần đây. Việc mổ lại được coi là phẫu thuật xâm lấn và có nhiều yếu tố nguy cơ. Do đó, các phương pháp điều trị can thiệp tối thiểu khác nhau có thể được áp dụng bao gồm: Dẫn lưu ổ dịch mật, đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược

dòng, dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da (Percutaneous transhepatic biliary drainage - PTBD).

Sakamoto (2016) [1] đã báo cáo những bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan hạ phân thùy 1, cắt gan trung tâm và cắt gan phân thùy trước có nguy cơ cao bị rò mật. Nagano (2003) [5] chứng minh rằng: Sau cắt gan bề mặt diện cắt lộ ra vỏ Glisson chính và bao gồm cả rốn gan, là các yếu tố nguy cơ độc lập đối với rò mật. Tuy nhiên, mối tương quan giữa loại cắt gan và rò mật sau mổ vẫn chưa rõ ràng cũng như là mối tương quan với sự xuất hiện của rò mật trung tâm hoặc ngoại vi. Phẫu thuật cắt gan trung tâm hoặc rốn gan cho thấy xu hướng phát triển rò mật loại trung tâm.

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ rút dẫn lưu sau đợt điều trị: 100% các trường hợp, NC Kimura (2018) [2]: Rút dẫn lưu (86,7%). Dẫn lưu chỉ được rút sau khi đánh giá lâm sàng bệnh nhân không có sốt, không có vàng da, dịch qua dẫn lưu hết, các thông số sinh hóa như bilirubin và phản ứng viêm bình thường; siêu âm/Chụp CT không còn ổ dịch.

Thời gian dẫn lưu điều trị trung bình trong nghiên cứu: $38,6 \pm 19,9$ ngày, thấp hơn các báo cáo trước đó dao động từ hai đến 24 tháng [1], [2], [3]. Hơn nữa, nghiên cứu cho thấy thời gian dẫn lưu điều trị trung bình trong rò mật kiểu trung tâm có xu hướng dài hơn rò rỉ kiểu ngoại vi. Quan sát này, kết hợp với thực tế lâm sàng thấy rò kiểu ngoại vi thường lượng dịch mật ra ít hơn, có lẽ là lý do tại sao nhiều trường hợp rò mật kiểu ngoại vi có thể được giải quyết chỉ bằng dẫn lưu ổ dịch.

Có thể chỉ cần đặt dẫn lưu ổ rò mật đơn thuần hoặc kết hợp với đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu hồi cứu với số lượng bệnh nhân không lớn; vì vậy cần có nghiên cứu trong tương lai để đưa ra phương pháp điều trị tối ưu đối với rò mật sau phẫu thuật cắt gan.

5. Kết luận

Nghiên cứu qua 21 trường hợp can thiệp tối thiểu điều trị rò mật sau phẫu thuật cắt gan cho thấy: Tỷ lệ thành công 100%. Rò mật trung tâm: 23,8%, rò mật ngoại vi: 76,2%. Thời gian trung bình

từ khi phẫu thuật đến khi đặt dẫn lưu là $14,2 \pm 11,1$ ngày; dẫn lưu được loại bỏ (100%). Thời gian dẫn lưu trung bình: $38,6 \pm 19,9$ ngày. Không có bệnh nhân nào cần phải mổ lại.

Can thiệp tối thiểu là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị rò mật sau phẫu thuật cắt gan, chiến lược điều trị nên dựa trên việc rò mật là loại trung tâm hay loại ngoại vi.

Tài liệu tham khảo

1. Sakamoto K, Tamesa T, Yukio T, Tokuhisa Y, Maeda Y, Oka M (2016) *Risk factors and managements of bile leakage after hepatectomy*. World J Surg 40: 182-189.
2. Kimura T, Kawai T, Ohuchi Y et al (2018) *Non-surgical management of bile leakage after hepatectomy: A single-center study*. Yonago Acta Meida 61: 213-219.
3. Yamashita Y, Hamatsu T, Rikimaru T, Tanaka S, Shirabe K, Shimada M et al (2001) *Bile leakage after hepatic resection*. Ann Surg 233: 45-50.
4. Guillaud A, Pery C, Campillo B, Lourdais A, Sulpice L, Boudjema K (2013) *Incidence and predictive factors of clinically relevant bile leakage in the modern era of liver resections*. HPB 15: 224-229.
5. Nagano Y, Togo S, Tanaka K, Masui H, Endo I, Sekido H et al (2003) *Risk factors and management of bile leakage after hepatic resection*. World J Surg 27: 695-698.
6. De Robertis R, Contro A, Zamboni G, Mansueto G (2014) *Totally percutaneous rendezvous techniques for the treatment of bile strictures and leakages*. J Vasc Interv Radiol 25: 650-654.
7. Uller W, Müller-Wille R, Loss M, Hammer S, Schleder S, Goessmann H et al (2013) *Percutaneous management of postoperative bile leaks with an ethylene vinyl alcohol copolymer (Onyx)*. Rofo 185: 1182-1187.