

Kết quả xử trí biến chứng thủng tá tràng do di lệch stent đường mật bằng phương pháp can thiệp qua nội soi: Trường hợp lâm sàng

Management of duodenal perforation due to biliary stent migration by endoscopic closure: A case report

Nguyễn Thị Phương Liên, Nguyễn Văn Thái,
Trần Thị Ánh Tuyết, Nguyễn Thị Huyền Trang,
Hà Minh Trang, Trần Văn Thanh, Vũ Thị Phượng,
Nguyễn Xuân Quỳnh, Nguyễn Tiến Thịnh, Nguyễn Lâm Tùng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Thủng tá tràng do di lệch stent đường mật hiếm gặp, thường được xử trí phẫu thuật, tuy nhiên, đóng lỗ thủng qua nội soi đang trở thành lựa chọn ưu tiên cho những bệnh nhân phù hợp. Chúng tôi giới thiệu trường hợp lâm sàng bệnh nhân nam 44 tuổi, được đặt stent đường mật điều trị u đoạn thấp ống mật chủ, bị thủng tá tràng do di lệch stent. Stent được lấy qua nội soi và đóng lỗ thủng bằng kẹp clip. Diễn biến sau can thiệp ổn định, bệnh nhân ra viện ở ngày thứ 10.

Từ khóa: Thủng tá tràng, di lệch stent đường mật, nội soi đóng lỗ thủng, clip.

Summary

Duodenal perforation due to biliary stent migration is rare, and it often requires surgical repair, however, endoscopic closure has recently become a viable option in the appropriate patients. We present the case of a 44-year-old male who underwent biliary stent placement for a cholangiocarcinoma, who subsequently was found to have duodenal wall perforation secondary to stent migration. The stent was extracted endoscopically with successful defect closure using hemoclips. The post endoscopic evolution was favorable. He was discharged at the 10th post endoscopic day.

Keywords: Duodenal perforation, migrated biliary stent, endoscopic closure, endoclip.

1. Đặt vấn đề

Từ những năm 70 của thế kỷ trước, nội soi mật tụy ngược dòng (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography-ERCP) đã trở thành kỹ thuật có vai trò lớn trong điều trị các bệnh gây

vàng da có hẹp đường mật bao gồm cả các bệnh ác tính và lành tính. Biến chứng của kỹ thuật gồm: Viêm tụy cấp (5,4%), chảy máu tiêu hóa (< 2%), viêm đường mật (< 5%), thủng ống tiêu hóa (< 1%) [8]. Thủng tá tràng do di lệch stent hiếm gặp, tỉ lệ < 1% và trước đây thường được điều trị bằng phẫu thuật, tuy nhiên đóng lỗ thủng qua nội soi đang trở thành lựa chọn đầy thuyết phục [1, 3].

2. Trường hợp lâm sàng

Ngày nhận bài: 7/2/2021, *ngày chấp nhận đăng:* 15/3/2021

Người phản hồi: Nguyễn Văn Thái

Email: nguyenvanthaia3108@gmail.com,

Bệnh viện TWQĐ 108

Bệnh nhân (BN) nam, 44 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, biểu hiện vàng da 1 tháng, chẩn đoán u đoạn thấp ống mật chủ. Sau khi được đặt stent đường mật, bệnh nhân ra viện nhưng tái nhập viện vì nhiễm khuẩn huyết *K. pneumoniae*, và được xác định do tắc stent. Xét nghiệm thấy: Bạch cầu (BC) 22,5G/l, BC trung tính 84,1%, pro-calcitonin 0,495ng/ml, enzym gan AST 68U/l, ALT 114U/l, bilirubin toàn phần 160,8umol/l, bilirubin trực tiếp 90,2umol/l. Tuy dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ (Ertapenem + colistin) nhưng triệu chứng không giảm. Chỉ định ERCP lần 2 được đặt ra. Chụp đường mật thấy đoạn ngã ba đường mật hẹp khít, hẹp cả 2 nhánh đường mật gan phải và trái. Tiến hành đặt 1 stent nhựa thẳng kích thước 10F × 120mm vào nhánh đường mật gan trái và 1 stent kim loại đường mật uncover kích thước 10F × 80mm trên nhú vào nhánh đường mật gan phải, thấy nhiều dịch mật và mủ trắng chảy qua stent vào lòng tá tràng.

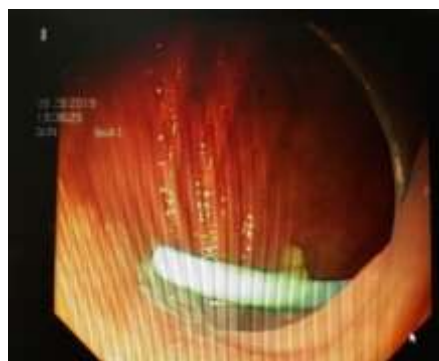
Diễn biến sau ERCP thuận lợi: BN hết sốt, các xét nghiệm cải thiện ngay ngày đầu tiên về tình trạng nhiễm khuẩn, tắc mật: Bạch cầu 13,16G/l, BC trung tính 64%, pro-calcitonin 0,434; bilirubin toàn phần 140. Nhưng đến ngày thứ ba, bệnh nhân đột ngột đau dữ dội thượng vị, đau tăng dần, ăn vào càng đau, dùng thuốc giảm đau Dolargan không đỡ. Kèm theo bệnh nhân sốt 39 độ, vã mồ hôi, không rét run, bụng chướng hơi chủ yếu thượng vị, phản ứng thành bụng âm tính, bí trung tiện. BN được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ở giờ thứ 1 từ khi khởi phát triệu chứng. Kết quả: Túi tá tràng vị trí đầu stent, thâm nhiễm khí tự do xung quanh tá tràng và dày thành tá tràng, ít dịch tự do vùng thấp.

Xét nghiệm bạch cầu tăng lên 17,2G/l, BC trung tính 91%.

Chúng tôi lựa chọn can thiệp nội soi và điều trị bảo tồn tích cực thay vì phẫu thuật. Đưa ống soi vào dạ dày, đầu ống nội soi gắn cap để mở rộng trường quan sát, bơm rửa hút nhiều lần bằng nước muối pha betadin 0,1% vì trong dạ dày có ít thức ăn cũ và để sát khuẩn tương đối tổn thương. Chúng tôi thấy có 1 stent nhựa đường mật di lệch, đầu ngoại vi cắm xuyên thành vào thành sau tá tràng tạo thành 1 lỗ thủng khoảng 0,8cm. Dùng kim răng chuột kéo stent ra ngoài và đưa clip xoay gắn với cán clip. Thành sau hành tá tràng là vị trí khó tiếp cận để can thiệp và clip cũng dễ bật ra. Tới clip thứ 3 bị kẹp sâu và tụt một phần vào lỗ thủng, chúng tôi dùng kim để kéo ra. Chúng tôi kẹp 15 clip (HX-610-090L-Olympus) đảm bảo chắc chắn lỗ thủng đã được khép lại hoàn toàn. Sau can thiệp bệnh nhân diễn biến thuận lợi: Sau 1 tiếng hết đau bụng, dễ chịu ngủ được, hết sốt, trung tiện được, bụng mềm. Tiếp tục phác đồ điều trị bảo tồn: Đặt sonde dạ dày-mũi, nhịn ăn tuyệt đối trong 72 tiếng, dùng thuốc ức chế bơm proton, duy trì kháng sinh mạnh (bệnh nhân tiếp tục dùng ertapenem + colistin), nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Ngày thứ 3 các xét nghiệm cải thiện: Bạch cầu 11,5G/l, BC trung tính 71,3%, pro-calcitonin 0,224ng/ml, bilirubin toàn phần 59,3umol/l. Chụp CT scanner ổ bụng sau 7 ngày: Đoạn D3 tá tràng quanh vùng clips hiện không thấy ổ dịch khu trú, còn vài bóng khí nhỏ so với phim trước. Bệnh nhân ra viện ngày thứ 10 sau can thiệp. Sau 1 tháng, bệnh nhân ổn định không sốt, hết vàng da, đỡ đau bụng, tăng 2kg.



A



B

Hình 1. A, Khí quanh tá tràng trên bụng, B, Di lệch stent trong tá tràng



A



B

Hình 2. A, Ổ bụng tá tràng do di lệch stent, B, Đóng ổ bụng tá tràng bằng clips

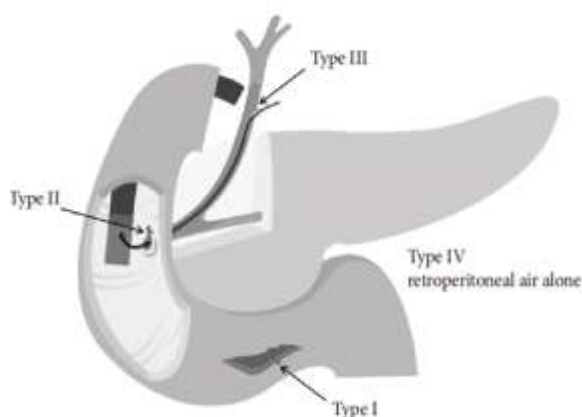


Hình 3. Hình ảnh CT bụng sau đóng ổ bụng ngày thứ 5: Đoạn D3 tá tràng quanh vùng clip hiện không thấy ổ dịch khu trú, còn vài bóng khí nhỏ

3. Bàn luận

Biến chứng thủng tá tràng của kỹ thuật ERCP có tỷ lệ gặp ít ($< 1\%$) gồm thủng tá tràng do kỹ

thuật ERCP, được Stafer phân chia làm 4 typ (Bảng 1 - Hình 1); và nhóm thủng tá tràng do di lệch stent. Tỷ lệ stent di lệch là 8,5%, và hầu hết các trường hợp gặp trên lâm sàng, stent di chuyển ra ngoài đường tiêu hóa theo phân [9, 10]. Nhưng stent di lệch cũng có thể gây thủng bất cứ vị trí nào ở ống tiêu hóa, đặc biệt là các vị trí thoát vị hoặc có túi thừa, trở thành một biến chứng muộn nhưng nghiêm trọng [10]. Tá tràng là vị trí thường gặp nhất vì tính chất cố định dạng chữ C của đoạn ruột này [8, 10]. Nếu vượt qua dây chằng Treitz thì cũng có thể thủng hỗng tràng hoặc đại tràng. Khả năng di lệch của stent phụ thuộc việc lựa chọn stent: Kích thước, đường kính, hình dáng.



Hình 4. Phân loại thủng tá tràng (Stafer)

Bảng 1. Phân loại thủng tá tràng do kỹ thuật ERCP (theo Stafer)

Týp 1	Thủng thành bên hoặc giữa tá tràng liên quan đến kỹ thuật nội soi
Týp 2	Thủng bóng Vater liên quan đến thủ thuật cắt cơ Oddi
Týp 3	Thủng ống mật chủ hoặc tá tràng liên quan đến các dụng cụ nội soi
Týp 4	Có khí tự do trong ổ bụng liên quan đến kỹ thuật luồn guide-wire

Kích thước chiều dài stent cần đảm bảo đầu trung tâm vượt qua vị trí hẹp tắc trong ống mật chủ, phần ngoại vi để lại vừa đủ trong tá tràng. Đường kính cần được phù hợp với ống mật chủ và nhú. Yếu tố nguy cơ duy nhất được xác định cho sự di lệch stent là tính chất hẹp tắc ở nút

Vater [10]. Về hình dáng, các báo cáo về hiện tượng di lệch stent gặp chủ yếu ở stent thẳng. Nếu dùng stent đuôi heo (double pig-tail stent) sẽ bảo vệ đường tiêu hóa tốt hơn [9].

Triệu chứng lâm sàng của thủng tá tràng do ERCP thường không rõ ràng nếu phát hiện sớm: BN đau thượng vị, khó chịu bụng, chướng, ít khi có phản ứng thành bụng. Vì lỗ thủng vùng hành tá tràng này xa khoang phúc mạc nên sự xâm nhập vi khuẩn thường ít hơn so với các thủng đường tiêu hóa khác. Tuy nhiên với một số trường hợp lỗ thủng nhỏ, hoặc thủng từ từ thì triệu chứng lâm sàng mờ nhạt vì khi stent tạo ra lỗ thủng thì các quai ruột và mạc nối sẽ tới bao bọc lỗ thủng lại. Sinh lý bệnh của lỗ thủng trong cơ hoặc lỗ thủng xuyên thành khác nhau khiến cho lâm sàng và thái độ can thiệp cũng khác nhau [4]. Theo thời gian biến đổi giải phẫu học, từ lỗ thủng có thể tạo thành đám tụ dịch mật vô khuẩn, áp xe trong hậu cung mạc nối, viêm phúc mạc toàn thể hoặc áp xe trong ổ bụng, sốc nhiễm khuẩn. Bảng lâm sàng nặng dần: BN có phản ứng hoặc co cứng thành bụng, nôn, sốt, xét nghiệm máu có biểu hiện nhiễm khuẩn. Nếu biến chứng xảy ra ngay khi can thiệp sẽ thấy có khí tự do xuất hiện trên màn hình C-arm. Chụp X-quang có thể phát hiện liềm hơi dưới cơ hoành. Siêu âm có thể thấy thận phải mờ do có khí ở phía trước gọi là dấu hiệu thận bị che mờ (veiled kidney sign) [8]. Xạ hình gan đường mật có giá trị gợi ý song ít được sử dụng. CT-Scanner là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao phát hiện khí tự do quanh tá tràng, lỗ thủng vị trí stent di lệch và những tổn thương khác trong ổ bụng [6, 8].

Các trường hợp thủng tá tràng cần được điều trị sớm. Trước đây, phẫu thuật hay điều trị bảo tồn đối với thủng tá tràng do stent đường mật vẫn còn gây tranh cãi. Điều trị phẫu thuật được chỉ định ưu tiên khi phát hiện muộn trên 1 tuần vì lúc đó có những diễn biến xấu như viêm phúc mạc mật, nhiễm khuẩn nặng; hoặc khi điều trị bảo tồn thất bại; hoặc khi kết hợp phẫu thuật giải quyết bệnh nguyên, được thực hiện bằng

phương pháp đóng lỗ thủng tăng cường bằng trám mạc nối hoặc cắt hang vị kết hợp nối dạ dày-hỗng tràng [4, 5]. Điều trị bảo tồn bao gồm đặt sonde dạ dày mũi, tiết chế ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoặc hồng tràng, kháng sinh mạnh [8]. Nghiên cứu của tác giả Polydoros (2011) tổng kết 21 năm ở đa trung tâm với 9880 bệnh nhân được làm ERCP, biến chứng thủng tá tràng là 0,4%, trong đó được xử trí phẫu thuật là 28%, không phẫu thuật là 72%. Thời gian nằm viện trung bình là 18 ± 3 ngày. Thời gian nằm viện của nhóm được xử trí phẫu thuật kéo dài hơn nhóm điều trị bảo tồn. Không có bệnh nhân nào trong nhóm điều trị bảo tồn bị tử vong [6].

Năm 1993, Binmoeller và Sohendra lần đầu tiên giới thiệu trường hợp lâm sàng thành công đóng lỗ thủng thứ phát ở dạ dày bằng clip qua nội soi [2]. Từ sau đó, có nhiều báo cáo về ứng dụng clip trong đóng lỗ thủng thực quản, đại tràng thứ phát sau cắt polyp bằng thông lộng điện hoặc thắt vòng tĩnh mạch thực quản... Tuy nhiên, tá tràng với cấu trúc thành dày thì lỗ thủng có thể tái phát lại, thật sự trở thành trở ngại cho vấn đề này [7]. Với sự phát triển của kỹ thuật cùng với sự ra đời của các loại clip thì trở ngại này dần được khắc phục [1].

Năm 2000, Rosés LL giới thiệu trường hợp lâm sàng BN nam 74 tuổi, u Klatskin tít IV, được đặt 1 stent đường mật kim loại. 4 tháng sau BN xuất hiện đau, sốt, vàng da, tăng bạch cầu, vào viện được chẩn đoán tắc trong stent nên được can thiệp ERCP để sửa stent và đặt 1 stent nhựa 10Fr 15cm. Tác giả để 1 đoạn dài 5cm trong tá tràng, có thể vì đầu trung tâm bị chặn bởi đầu trên của stent kim loại. 24 tiếng sau, bệnh nhân xuất hiện đau bụng thượng vị dữ dội, nôn, bạch cầu tăng lên 25G/l, chụp X-quang có liềm hơi dưới cơ hoành, đặt sonde dạ dày mũi, bơm thuốc cản quang có hình thoát thuốc ở đầu ngoài vì nằm ngoài thành tá tràng. Nội soi dạ dày thấy hình ảnh stent gây thủng tá tràng, kéo stent ra ngoài lộ rõ lỗ thủng, kẹp 1 clip (Olympus America, Inc. Melville, NY) khép lỗ thủng lại. BN hết triệu chứng sau 2 ngày và được xuất viện sau 10 ngày. 2 tuần sau nội soi kiểm tra thấy clip

đã rụng, không còn lỗ thủng. BN được đặt 1 stent đường mật kim loại khác [7].

Năm 2018, Samson Ferm giới thiệu ca lâm sàng BN nữ 79 tuổi, viêm chít hẹp đường mật, được can thiệp ERCP cắt cơ Oddi, đặt 2 stent nhựa 7Fr 12cm nhánh phải, 10Fr 15cm nhánh trái, vượt qua vị trí hẹp. Sau khi xuất viện, BN đột ngột đau bụng dữ dội, nôn, cứng bụng vùng trên trái. Chụp X-quang không có khí tự do trong ổ bụng. CT ổ bụng phát hiện stent 7Fr 12cm di lệch đâm xuyên thành tá tràng. Qua nội soi, stent được rút ra để lộ 1 lỗ thủng xuyên thành kích thước $0,5 \times 0,5$ cm. Lỗ thủng được đóng bằng 4 TTS clip (Duraclip, Conmed Corporation, Utica, NY). BN ổn định ra viện ngày thứ tư [3].

Trong trường hợp lâm sàng của chúng tôi báo cáo, BN được phát hiện sớm, lựa chọn điều trị can thiệp tối thiểu bằng nội soi kẹp clip vì bệnh nhân chưa có các triệu chứng toàn thân rõ rệt, dạ dày tương đối sạch. Sau xử trí, triệu chứng của bệnh nhân cải thiện nhanh chóng. Kết hợp với điều trị nội khoa tích cực, BN sớm được ra viện.

4. Kết luận

Biến chứng thủng tá tràng do di lệch stent sau kỹ thuật ERCP là hiếm gặp với triệu chứng lâm sàng khởi phát có thể kín đáo, tiến triển theo thời gian. Chụp CT bụng là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán. Điều trị sớm, trong đó điều trị bảo tồn kết hợp nội soi kẹp clip đóng lỗ thủng giảm bớt thời gian nằm viện, nâng cao chất lượng điều trị giúp bệnh nhân sớm hồi phục.

Tài liệu tham khảo

1. Baron et al (2000) *Hemoclip repair of a sphincterotomy-induced duodenal perforation*. Gastro intestinal endoscopy 52: 566-568. DOI: 10.1067/mge2000.107212.
2. Binmoeller KF et al (1993) *Endoscopic closure of a perforation using metallic clips after a snare excision of a gastric leiomyoma*. Gastrointest Endoscopy 39: 172-174.
3. Samson F (2018) *Primary endoscopic closure of duodenal perforation secondary to biliary*

- stent migration: A case report and literature.* Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports 6: 1-3. DOI: 10.1177/2324709618792031.
4. Issa H (2013) *Migration of a biliary stent causing duodenal perforation and biliary peritonitis.* World Journal of Gastrointestinal Endoscopy 5(10): 523 -526. ISSN: 1948-5190. DOI: 10.4253/wjge.v5.i10.523.
 5. Zein Mohamad H et al (2014) *Duodenal perforation as a consequence of biliary stent migration can occur regardless of stent type of duration.* Endoscopy 46: 281-282, ISSN 0013-726X. DOI: 10.1055/s-0034-1365790.
 6. Polydorou A (2011) *A tailored approach to the management of perforation following endoscopic retrograde cholangiopancreatography & sphincterotomy.* J Gastrointest surg 15: 2111-2117. DOI: 10.1007/S11605-011-1723-3.
 7. Roses LL et al (2000) *Clip closure of a duodenal perforation secondary to a biliary stent.* Gastrointestinal Endoscopy 51(4-1): 487-489. DOI: 10.1067/mge2000.104403.
 8. Saranga Bharathi R (2006) *Latrogenic duodenal perforation caused by endoscopy biliary stentinh and stent migration: An update.* Endoscopy 38(12): 1271-1274, ISSN 0013-726X. DOI: 10.1055/s-2006-944960.
 9. Yagnik VD (2018) *Duodenal perforation secondary to migrated Biliary Stent: A rare and serious complication of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography.* Journal of Digestive Endoscopy 9: 193-195. DOI: 10.4103/jde.JDE_83_17.
 10. Yaprak et al (2008) *Biliary Stent migration with duodenal perforation.* The Eurasian Journal of Medicine 40: 156-158.