

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân nang giả tụy được dẫn lưu qua siêu âm nội soi

Study of clinical characteristics and diagnostic imaging methods in patients with endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocyst

Ngô Phương Minh Thuận*, Dương Minh Thắng**,
Nguyễn Thúy Vinh***, Hồ Đăng Quý Dũng*,
Phạm Hữu Tùng*, Trần Đình Trí*

*Bệnh viện Chợ Rẫy,
**Bệnh viện TWQĐ 108,
***Khoa Y, Đại học Quốc gia Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân nang giả tụy được dẫn lưu qua siêu âm nội soi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân nang giả tụy được thực hiện thủ thuật dẫn lưu qua dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2016 đến tháng 08/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $37,6 \pm 12,2$ tuổi. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ = 6,5/1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (95%) và khối u bụng (65%). Các kết quả về xét nghiệm cận lâm sàng được ghi nhận: Amylase máu trung bình: $435,6 \pm 747,5$ U/L, amylase niệu trung bình: $5196,1 \pm 12775,8$ U/L, amylase/dịch nang giả tụy trung bình là $22383,9 \pm 25351,3$ U/L, CEA/dịch nang giả tụy trung bình là $8,2 \pm 41,4$ ng/mL. Kích thước nang giả tụy trung bình trên siêu âm bụng (SAB), chụp cắt lớp vi tính và siêu âm nội soi là $12,5 \pm 3,9$ cm, $13,4 \pm 4,4$ cm và $12,4 \pm 3,9$ cm. Vị trí nang giả tụy trên cắt lớp vi tính ở thân đuôi tụy gặp nhiều nhất với tỷ lệ 61,7%. Bệnh nhân có kích thước nang giả tụy > 100mm có nhiều triệu chứng lâm sàng hơn bệnh nhân có kích thước nang giả tụy < 100mm. Trên hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng, 80% bệnh nhân có dấu hiệu của nang giả tụy đè vào thành dạ dày tá tràng (bulging sign). Kết quả của thủ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn siêu âm nội soi đạt tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 96,7% (58/60 bệnh nhân), tỷ lệ điều trị thành công chung là 96,5% (56/58 bệnh nhân), tỷ lệ tai biến, biến chứng của kỹ thuật là 11,7%. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: Đau bụng và thấy khối u bụng. Cắt lớp vi tính và siêu âm bụng là các phương tiện chẩn đoán hình ảnh được dùng phổ biến nhất trong chẩn đoán ban đầu bệnh lý nang giả tụy, siêu âm nội soi là phương tiện chẩn đoán hình ảnh góp phần chẩn đoán xác định và có vai trò điều trị là hướng dẫn dẫn lưu qua thành dạ dày tá tràng với tỷ lệ thành công cao, hiệu quả và an toàn. Vì vậy, kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn siêu âm nội soi là phương pháp điều trị nên được lựa chọn trong điều trị bệnh lý nang giả tụy hiện nay.

Từ khóa: Nang giả tụy, siêu âm nội soi, dẫn lưu.

Ngày nhận bài: 17/12/2021, ngày chấp nhận đăng: 24/12/2021

Người phản hồi: Ngô Phương Minh Thuận, Email: ngophuongminhthuan@gmail.com - Bệnh viện Chợ Rẫy

Summary

Objective: To evaluate the clinical features and diagnostic imaging methods in patients with endoscopic ultrasound (EUS)-guided drainage of pancreatic pseudocyst. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study on 60 pancreatic pseudocyst patients who underwent EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage at Cho Ray Hospital from January 2016 to August 2019. **Result:** The mean age of the patients was 37.6 ± 12.2 years old. Males were more likely than females with the male/female ratio = 6.5/1. The most common clinical symptoms were abdominal pain (95%) and abdominal mass (65%). The results of laboratory tests: Mean amylasemia: 435.6 ± 747.5 mg/dL, mean amylasuria: 5196.1 ± 12775.8 mg/dL, average of amylase/PPC fluid: 22383.9 ± 25351.3 U/L, mean CEA/PPC fluid: 8.2 ± 41.4 ng/mL. The mean PPC size on abdominal ultrasound, computed tomography and endoscopic ultrasound (SANS) was 12.5 ± 3.9 cm, 13.4 ± 4.4 cm and 12.4 ± 3.9 cm, respectively. The body and tail of the pancreas was the most common location on CT with the rate of 61.7%. Patients with PPC size > 100mm had more clinical symptoms than patients with PPC size < 100mm. On upper GI endoscopy, 80% of patients had signs of PPC pressing on the gastroduodenal wall (bulging sign). The results of the EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage had a technical success rate of 96.5% (58/60 patients), the overall success rate was 96.5% (56/58 patients), the rate of adverse events and complications of the technique was 11.7%. **Conclusion:** Through study on 60 patients with pancreatic pseudocyst that underwent EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage, clinical symptoms such as abdominal pain and abdominal mass were the most common symptoms. Computed tomography and abdominal ultrasound are the most commonly used imaging modalities in the initial diagnosis of pancreatic pseudocysts, endoscopic ultrasonography is an imaging tool that contributes to the definitive diagnosis. EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage have a high success rate, effectiveness and safety. Therefore, EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage is the treatment method that should be chosen in the treatment of pancreatic pseudocysts at present.

Keywords: Pancreatic pseudocyst (PP), endoscopic ultrasonography, drainage.

1. Đặt vấn đề

Nang giả tụy (NGT) được mô tả lần đầu tiên vào năm 1761 bởi Morgagni. Nang giả tụy chiếm 75 - 85% các tổn thương dạng nang của tụy [0]. Ở người trưởng thành, nang giả tụy có xuất độ thay đổi từ 0,5 - 1/100.000 người mỗi năm [9], [8]. Nhờ những tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, nang giả tụy được phát hiện ngày càng nhiều. BN nang giả tụy nếu không được theo dõi và điều trị có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm với tỷ lệ là khoảng 40% bao gồm nhiễm trùng, áp-xe, xuất huyết, vỡ nang và chèn ép các tạng lân cận [7]. Theo phân loại Atlanta cải tiến năm 2012 về viêm tụy cấp (VTC) và các biến chứng tại chỗ của viêm tụy cấp bao gồm: Ổ tụ dịch quanh tụy (peripancreatic fluid collectons), ổ hoại tử quanh tụy (peripancreatic necrosis), nang giả tụy (pancreatic pseudocyst) và nang hoại tử tụy (walled-off necrosis) [6]. Trong đó, nang giả tụy được định nghĩa là ổ tụ dịch quanh tụy, bao bọc bởi một vách nang hoàn chỉnh được tạo thành từ mô xơ hay mô hạt và không

có lớp tế bào biểu mô. Nang giả tụy sau viêm tụy cấp với tỷ lệ khoảng 10% - 20%, sau viêm tụy mạn là 20% - 40%, ít gặp hơn là do chấn thương tụy [10]. Chỉ định điều trị NGT hiện nay là: NGT có triệu chứng hay biến chứng, NGT gia tăng kích thước nhanh trong quá trình theo dõi. Gần đây, nổi bật lên vai trò của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) trong chẩn đoán bệnh lý NGT và đặc biệt là vai trò của siêu âm nội soi (SANS) trong chẩn đoán và điều trị dẫn lưu NGT qua dạ dày tá tràng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân nang giả tụy được dẫn lưu qua siêu âm nội soi.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán NGT và được tiến hành dẫn lưu nang qua SANS tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 08/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Những BN nang giả tụy và có các đặc điểm sau:

Có tiền sử viêm tụy cấp, viêm tụy mạn tính, chấn thương tụy hay phẫu thuật bụng.

Có triệu chứng lâm sàng do NGT: Đau bụng, khối u bụng, mau no, chậm tiêu...

Nang có kích thước $\geq 6\text{cm}$, thời gian tồn tại ≥ 4 tuần.

Khoảng cách từ nang đến thành ống tiêu hóa $< 1\text{cm}$.

Dịch nang đồng nhất.

Tiêu chuẩn loại trừ

Nang không phải là nang giả tụy.

Dịch nang có nhiều mô hoại tử hay có nhiều vách trong nang.

Bệnh nhân rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh.

Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng (suy tim, suy hô hấp...).

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống máy siêu âm nội soi đầu dò linear với đường kính kênh thủ thuật # 3,7mm của Olympus (Nhật Bản), màn hình tăng sáng (C-arm), các dụng cụ để dẫn lưu nang bao gồm: Kim chọc hút FNA 19G, cystotom (6 - 10Fr), dao kim (needle knife), dây dẫn đường (guidewire), stent nhựa hai đầu cong (double pigtails), ống dẫn lưu mũi - nang (nasocystic - sonde), bóng nong đường kính 6 - 12mm, bộ dụng cụ đặt stent 7 - 10Fr. Máy siêu âm bụng GE LOGIQ S8 của Mỹ, Máy chụp CLVT: SIEMENS Somatom Definition AS của Đức ...

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của BN nang giả tụy

Triệu chứng lâm sàng	Số BN (n = 60)	Tỷ lệ %
Đau bụng	57	95,0
Khối u bụng (Mass)	39	65,0
No sớm, chậm tiêu	32	53,3
Buồn nôn, nôn ói	17	28,3
Triệu chứng khác	6	10,0

Phương pháp chẩn đoán nang giả tụy

BN được chẩn đoán NGT dựa vào các yếu tố sau:

Tiền sử bệnh nhân: BN có tiền sử viêm tụy cấp, viêm tụy mạn, chấn thương tụy hay phẫu thuật bụng.

Triệu chứng lâm sàng do NGT: Đau bụng, khối u bụng (mass), buồn nôn, nôn ói, mau no, chậm tiêu, sốt, vàng da...

Chẩn đoán hình ảnh: CLVT, siêu âm bụng, siêu âm nội soi.

Phương pháp đánh giá kết quả của thủ thuật

Thành công về kỹ thuật:

Thành công: Stent được đặt đúng vị trí, dẫn lưu dịch nang tốt.

Thất bại: Không đặt được stent dẫn lưu nang.

Điều trị thành công:

Điều trị thành công: BN cải thiện triệu chứng lâm sàng và nang được dẫn lưu hoàn toàn hoặc kích thước nang giảm rõ rệt so với kích thước nang ban đầu (kích thước nang $< 2\text{cm}$ hoặc $< 50\%$ kích thước nang ban đầu) và rút được stent dẫn lưu.

Không thành công: BN vẫn còn triệu chứng lâm sàng và kích thước nang $> 50\%$ kích thước ban đầu sau dẫn lưu hay BN có biến chứng sau dẫn lưu cần phải phối hợp phương pháp dẫn lưu khác.

Biến chứng: Biến chứng sớm (< 1 tuần), biến chứng muộn (> 1 tuần sau dẫn lưu): Xuất huyết, nhiễm trùng, thủng, di lệch stent.

3. Kết quả

Trong thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 08/2019, chúng tôi ghi nhận có 60 bệnh nhân được chẩn đoán nang giả tụy có chỉ định dẫn lưu nang qua siêu âm nội soi đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là: 6,5/1. Tuổi trung bình $37,6 \pm 12,2$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 14 tuổi, tuổi lớn nhất là 70 tuổi.

Nhận xét: Đau bụng, khối u bụng là những triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân có nang giả tụy.

Bảng 2. Nguyên nhân nang giả tụy

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Viêm tụy cấp	28	46,7
Viêm tụy mạn tính	8	13,3
Chấn thương bụng	18	30,0
Phẫu thuật bụng	6	10,0
Tổng	60	100

Nhận xét: Viêm tụy cấp và chấn thương bụng là nguyên nhân của NGT chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3. Kết quả các chỉ số amylase máu, amylase nước tiểu

Xét nghiệm	Số trường hợp	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Amylase/máu (U/L)	40	43	4396,5	435,6 ± 747,5
Amylase/nước tiểu (U/L)	22	160,8	60129,3	5196,1 ± 12775,8

Nhận xét: Amylase máu và amylase nước tiểu cao ở nhiều BN nang giả tụy.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm dịch nang giả tụy

Xét nghiệm dịch nang giả tụy	Nồng độ trung bình
CEA/dịch nang (ng/ml)	8,2 ± 41,4
Amylase/dịch nang (U/L)	22383,9 ± 25351,3

Nhận xét: Amylase/dịch nang trung bình cao và CEA/dịch nang thấp, phù hợp với chẩn đoán nang giả tụy.

3.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bảng 5. Đặc điểm nang giả tụy trên chẩn đoán hình ảnh

Đặc điểm nang giả tụy	
Vị trí nang trên CLVT	
Đầu tụy	6/60 (10%)
Thân tụy	27/60 (45%)
Đuôi tụy	10/60 (16,7%)
Toàn bộ tụy	13/60 (21,6%)
Vị trí khác	4/60 (6,7%)
Đường kính nang trên siêu âm (cm)	12,5 ± 3,9
Đường kính nang trên CLVT (cm)	13,4 ± 4,4
Đường kính nang trên NSSA (cm)	12,4 ± 3,9

Nhận xét: Vị trí của NGT thường gặp là thân - đuôi tụy. KT trung bình của nang > 12cm.

Bảng 6. Bản chất dịch NGT trên SAB

Bản chất dịch nang	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Đồng nhất (echo trống)	17	63,0
Dịch lợn cợn (echo hỗn hợp/có hồi âm)	10	37,0
Tổng	27	100

Nhận xét: Đa số NGT có dịch đồng nhất trên SAB (63%).

Bảng 7. Đặc điểm bản chất dịch NGT trên SANS

Bản chất dịch NGT	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Dịch đồng nhất	41	68,3
Dịch lợn cợn (kém đồng nhất)	19	31,7
Tổng	60	100

Nhận xét: Trên SANS, đa số NGT có bản chất dịch là đồng nhất (68,3%).

Bảng 8. Mối liên quan giữa NGT với DD-TT qua Nội soi DD-TT

Nội soi dạ dày - tá tràng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Có dấu chèn ép dạ dày-tá tràng	36	80,0
Không có dấu chèn ép dạ dày-tá tràng	09	20,0
Tổng	45	100

Nhận xét: 80% BN nang giả tụy có dấu chèn ép vào thành dạ dày tá tràng (bulging sign).

Bảng 9. Mối liên quan giữa nguyên nhân NGT và kích thước NGT

Nguyên nhân và kích thước nang	< 100mm	> 100mm	p
Chấn thương bụng	4	14	0,49
Phẫu thuật bụng	2	4	
Viêm tụy cấp	12	16	
Viêm tụy mạn tính	2	6	
Tổng	20	40	

Nhận xét: NGT có kích thước lớn > 100mm gặp nhiều hơn ở nguyên nhân viêm tụy cấp và chấn thương bụng, so sánh không có ý nghĩa thống kê (p=0,49).

Bảng 10. Mối liên quan giữa kích thước NGT và triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng và kích thước nang	< 100mm	> 100mm
Đau bụng	19	38
Khối u bụng	10	29
Chậm tiêu - no sớm	10	22
Buồn nôn	5	12

Nhận xét: BN với kích thước NGT > 100mm có nhiều triệu chứng lâm sàng hơn BN NGT kích thước < 100mm.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Không có một triệu chứng nào đặc hiệu để chẩn đoán NGT. Đa số các bệnh nhân đều có triệu chứng

đau bụng, buồn nôn, ăn chậm tiêu, mau no hoặc sờ được u bụng. Một số ít trường hợp có biểu hiện sốt, nhiễm trùng, vàng da hoặc tràn dịch màng phổi. Đôi khi có trường hợp NGT lớn nhưng lại không có triệu chứng. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất, 95% BN của chúng tôi có triệu chứng đau bụng. Đây là lý do nhập viện của hầu hết các bệnh nhân. Tỷ lệ đau bụng trong nghiên cứu của chúng tôi tương

đương với các nghiên cứu của tác giả Lê Lộc [1] với tỷ lệ đau bụng là 100%, là triệu chứng lâm sàng gặp trong tất cả các BN NGT, cao hơn nhiều so với kết quả của Cavallini A [8] là 38,2%. Tính chất đau bụng thường không có quy luật: Đau ở vùng trên rốn, hoặc lan tỏa khi NGT có kích thước lớn, hay chỉ đau bụng âm ỉ và kèm với nôn ói, đau lan xuyên ra sau lưng hoặc không. Đôi khi cũng có những cơn đau quặn dữ dội, khiến bệnh nhân phải vào viện trong tình trạng cấp cứu. Nguyên nhân gây đau là do sự kích thích của phúc mạc với dịch tụy hay do nang to chèn ép vào các tạng lân cận hoặc do tăng áp lực trong nang. Khối u bụng (mass) là triệu chứng lâm sàng xuất hiện thường gặp sau đau bụng. U gồ lên vùng thượng vị, hạ sườn trái hoặc hạ sườn phải, cảm giác căng đau, có giới hạn rõ, không di động, có 65% bệnh nhân (39 BN) của chúng tôi nhìn thấy hoặc sờ được khối u bụng, tỷ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu trong nước vào thời gian trước đây, thay đổi từ 66,7 - 91,6% [3]. Khối u bụng sờ được là do nang có kích thước lớn, những trường hợp không sờ được khối u bụng là do thành bụng dày hoặc NGT ở phần đuôi hoặc do thầy thuốc không chú ý khi thăm khám. Như vậy, sờ thấy khối u là một triệu chứng thực thể cũng khá thường gặp và quan trọng. Tuy nhiên, việc phân biệt nó với các khối u khác đòi hỏi phải có sự trợ giúp của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Buồn nôn, nôn ói: Triệu chứng này thường đi kèm với đau bụng, 28,3% bệnh nhân của chúng tôi có triệu chứng nôn, buồn nôn. Cơ chế gây nôn, buồn nôn là do nang to gây chèn ép vào dạ dày. Những nang ở vùng đầu tụy có kích thước càng lớn thì tỷ lệ xuất hiện triệu chứng này càng cao. No sớm, chậm tiêu: Đây cũng là triệu chứng lâm sàng thường gặp ở BN NGT, trong NC của chúng tôi có 53,3% BN có triệu chứng này. Triệu chứng này có thể được giải thích là do NGT có kích thước lớn chèn ép vào đường ra của DD - TT hay cũng có thể là do tình trạng viêm tụy mạn gây ra. Các triệu chứng khác như sốt, vàng da, vàng mắt, chán ăn, chảy máu tiêu hóa... là những triệu chứng ít gặp hơn ở BN NGT.

Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng của BN NGT thường không đặc hiệu. Tăng amylase và lipase

máu là một gợi ý quan trọng cho chẩn đoán NGT. Amylase tăng cao và kéo dài sau viêm tụy cấp gặp 50% trường hợp. Trong nghiên cứu chúng tôi, amylase máu trung bình là $435,6 \pm 747,5$ mg/dL và amylase niệu trung bình là $5196,1 \pm 12775,8$ mg/dL. Kết quả của tác giả Lê Đình Thái [2] ghi nhận 54,3% amylase máu tăng trên 220UI/L. Amylase máu tăng là do sự khuếch tán từ dịch nang vào máu hoặc có sự tắc nghẽn các ống tụy làm khuếch tán vào máu. Amylase niệu cũng thường tăng đồng hành với amylase máu. Theo Lê Đình Thái [2] tăng trên 441UI/L là 45,6%. Amylase dịch nang: Chúng tôi nhận thấy amylase xuất hiện trong dịch nang 100% BN được xét nghiệm, lượng amylase dịch nang có giá trị trung bình là $22383,9 \pm 25351,3$ UI/L. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Đình Thái [2], 100% bệnh nhân đều có amylase dịch nang, trong đó 30 BN trên 3500UI/L. Amylase có trong dịch nang chứng tỏ có sự thông giữa NGT với ống tụy. Amylase dịch nang thường tăng cao rõ rệt, rất ít khi thấy lượng amylase trong dịch nang thấp hơn amylase huyết thanh. Trường hợp amylase dịch nang thấp là do mất sự thông thương giữa NGT với hệ thống ống tụy hoặc do dịch nang có trao đổi với huyết thanh. Kết quả CEA/dịch NGT trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,2 \pm 41,4$ ng/mL, kết quả này phù hợp với chẩn đoán NGT. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng kết quả CEA > 192ng/ml trong dịch nang có thể chẩn đoán tổn thương ác tính với độ nhạy 73% và độ đặc hiệu 84% (với $p < 0,001$).

4.2. Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh

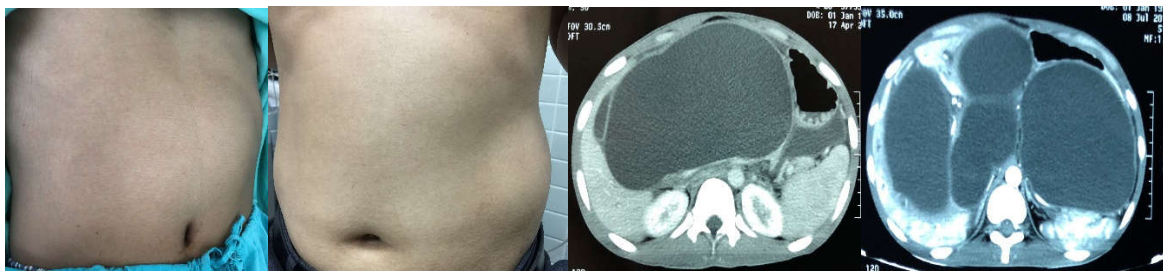
Chụp CLVT là phương tiện CDHA được sử dụng chủ yếu và thường qui trong chẩn đoán bệnh lý NGT. Hình ảnh NGT trên CLVT là tổn thương giảm đậm độ với thành nang tăng đậm độ, thành dày có thể bắt thuốc ở thì có tiêm cản quang [9]. Theo Aghdassi (2006), độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán nang giả tụy là 82 - 100% và độ đặc hiệu 98% [4]. CLVT giúp xác định kích thước, vị trí, hình thái, tính chất dịch trong nang, độ dày thành nang, số lượng nang, biết được ống tụy có sỏi hay không, giãn hay không, vị trí của nang với các tạng xung quanh. Tuy nhiên, CLVT không cho biết được mối liên quan giữa NGT với ống tụy. Tất cả các BN trong nghiên cứu của

chúng tôi đều được chụp CLVT để chẩn đoán xác định NGT, về số lượng chúng tôi có 48 BN (80%) có 1 nang, và 12 BN (20%) có nhiều hơn 1 nang. Kích thước NGT trung bình khá lớn > 12cm, đa số nằm vị trí thân - đuôi tụy (61,7%) và toàn bộ tụy.

Siêu âm bụng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, thường có sẵn và không đắt tiền, vì thế SAB nên được thực hiện đầu tiên để chẩn đoán NGT. Tuy nhiên, SAB là kỹ thuật chẩn đoán phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người thực hiện và tình trạng trương hơi của các tạng rỗng xung quanh. SAB với độ nhạy là 88 - 100% và độ đặc hiệu khoảng 92 - 98% là tương đối cao nên có thể sử dụng để chẩn đoán ban đầu bệnh lý NGT [4].

Ngày nay, với sự phát triển mạnh mẽ của các phương tiện CDHA kỹ thuật cao, trong đó có SANS. Các bệnh lý tổn thương dạng nang của tụy ngày càng được chẩn đoán nhiều hơn, đây cũng là nhóm bệnh lý đa dạng, hình ảnh SANS có độ phân giải cao được dùng để phát hiện phần lớn các tổn thương dạng nang và có kích thước nhỏ hơn 2cm. SANS là phương pháp CDHA có độ nhạy khá cao, SANS được báo cáo là tốt hơn chụp CLVT bất kể các tổn thương nhỏ (đường kính < 2cm) bởi vì nó có độ phân giải về mặt không gian tốt hơn. SANS cũng có độ nhạy cao

trong chẩn đoán mô hoại tử hay mô đặc (debris) trong NGT. Ngoài ra, SANS còn có thể thực hiện chọc hút dịch nang bằng kim nhỏ (FNA) giúp chẩn đoán phân biệt tổn thương dạng nang lành tính hay ác tính của tụy rõ ràng hơn. Trước khi tiến hành thủ thuật dẫn lưu NGT, SANS nên được thực hiện một cách kỹ càng để có chẩn đoán xác định, bởi vì SANS cho thấy có thể làm thay đổi khoảng 37,5% BN mà trước đó có chỉ định dẫn lưu nang qua NS với nhiều lý do. Đầu tiên, đánh giá khả năng dẫn lưu qua SANS bằng cách xác định vách nang có đủ trưởng thành hay chưa, có nằm cạnh dạ dày - tá tràng hay không. Nếu NGT có vách chưa đủ chắc hoặc không nằm cạnh dạ dày - tá tràng thì nên trì hoãn việc dẫn lưu qua nội soi. Thứ hai, SANS có thể loại trừ được tổn thương dạng nang ác tính, điều này có thể gặp trong 1,25% BN có chỉ định nội soi dẫn lưu nang. Cuối cùng, những tổn thương dạng nang khác của tụy có thể nhầm lẫn với ổ tụ dịch tụy, như nang ứ đọng, tổn thương dạng nang nhầy (MCN, IPMN). Trong một nghiên cứu của tác giả Bang JY (2019), có 5% bệnh nhân nang giả tụy được chẩn đoán ban đầu trên hình ảnh CLVT cuối cùng được chẩn đoán tổn thương nang tăng sinh dạng nhầy trên SANS [0].



Hình 1. Hình ảnh lâm sàng (khối u bụng) và CLVT (một nang và nhiều nang) của BN NGT (BN Trần Minh T., 1994, BANC số 49 và BN Phạm Thế T., 1973, BANC số 47)



Hình 2. Hình ảnh NGT trước - sau dẫn lưu (1,5 tháng), stent dẫn lưu đặt qua DD và rút stent (BN: Nguyễn Văn H., 1977, BANC số 19).

5. Kết luận

Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân nang giả tụy được dẫn lưu qua siêu âm nội soi, các triệu chứng lâm sàng như: Đau bụng và khối u bụng là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân nang giả tụy. Cắt lớp vi tính và siêu âm bụng là các phương tiện chẩn đoán hình ảnh được dùng phổ biến nhất trong chẩn đoán ban đầu bệnh lý nang giả tụy, siêu âm nội soi là phương tiện chẩn đoán hình ảnh góp phần chẩn đoán xác định và có vai trò trong điều trị là hướng dẫn dẫn lưu qua thành dạ dày tá tràng với tỷ lệ thành công cao, hiệu quả và an toàn. Vì vậy, kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn siêu âm nội soi là phương pháp nên được lựa chọn trong điều trị bệnh lý nang giả tụy hiện nay.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Lộc, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện (2004) *Kết quả điều trị nang giả tụy*. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 8(3), tr. 173-176.
2. Lê Đình Thái (2002) *Nghiên cứu chẩn đoán, chỉ định và kết quả điều trị phẫu thuật nang giả tụy*. Luận văn thạc sĩ Y học, Học viện Quân y Hà Nội.
3. Nguyễn Cường Thịnh (2004) *Nang giả tụy: Nguyên nhân, điều trị và kết quả*. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 8(3), tr. 163-166.
4. Aghdassi AA, Mayerle J, Kraft M et al (2006) *Pancreatic pseudocysts-when and how to treat?*. HPB (Oxford) 8(6): 432-441.
5. Bang JY, Varadarajulu S (2019) *Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections*. Endosonography, Fourth Edition, Chapter 23: 291-301.
6. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C et al (2013) *Classification of acute pancreatitis - 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus*. Gut 62: 102-111.
7. Bergman S, Melvin WS (2007) *Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts*. Surg Clin North Am 87(6): 1447-1460.
8. Cavallini A, Butturini G, Malleo G et al (2011) *Endoscopic transmural drainage of pseudocysts associated with pancreatic resections or pancreatitis: A comparative study*. Surg Endosc 25(5): 1518-1525.
9. Khanna AK, Tiwary SK, Kumar P (2012) *Pancreatic pseudocyst: Therapeutic dilemma*. Int J Inflam: 1-7.
10. Samuelson AL, Shah RJ (2012) *Endoscopic management of pancreatic pseudocysts*. Gastroenterol Clin North Am 41: 47-62.