

Nghiên cứu kết quả dẫn lưu nang giả tụy qua dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn siêu âm nội soi

Study on the results of endoscopic ultrasonography-guided transmural drainage for management 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: Đánh giá tỷ lệ thành công về kỹ thuật, điều trị thành công và các tai biến, biến chứng của kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng, theo dõi dọc tất cả các bệnh nhân được thực hiện thủ thuật dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2016 đến tháng 08/2019. Thành công về mặt kỹ thuật được định nghĩa khi đặt được stent dẫn lưu xuyên thành dạ dày hay tá tràng vào nang giả tụy. Điều trị thành công được định nghĩa khi bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng và nang giả tụy được dẫn lưu hoàn toàn hoặc nang giả tụy giảm rõ rệt so với kích thước nang ban đầu (kích thước nang $\leq 2\text{cm}$ hoặc $< 50\%$ kích thước nang ban đầu) trên chẩn đoán hình ảnh. Thời gian theo dõi và đánh giá kết quả của thủ thuật ở các thời điểm 1 - 3 tháng, 3 - 6 tháng, hơn 6 tháng sau khi dẫn lưu nang. Các biến chứng của thủ thuật được chia làm biến chứng sớm (< 1 tuần) và biến chứng muộn (> 1 tuần) sau thủ thuật. **Kết quả:** 60 bệnh nhân chẩn đoán nang giả tụy và được thực hiện dẫn lưu nang dưới hướng dẫn siêu âm nội soi, 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 điều trị thành công sớm là 93,1% (54/58 bệnh nhân) ở thời điểm 1 - 3 tháng sau thủ thuật, tỷ lệ biến chứng của kỹ thuật là 11,7% (7/60 bệnh nhân), bao gồm: Nhiễm trùng 6,7% (4/60 bệnh nhân), xuất huyết 3,3% (2/60 bệnh nhân) và di lệch stent vào trong nang 1,7% (1/60 bệnh nhân). Các biến chứng của kỹ thuật là nhiễm trùng được kiểm soát bằng liệu pháp kháng sinh (2 bệnh nhân) và có 2 bệnh nhân nhiễm trùng nang sau dẫn lưu cần phải phối hợp phương pháp dẫn lưu khác là dẫn lưu ra da, các trường hợp xuất huyết (2 bệnh nhân) là xuất huyết mức độ nhẹ và tự cầm, 01 bệnh nhân có biến chứng di lệch stent vào trong nang cần phải phẫu thuật dẫn lưu và rút stent. Hai bệnh nhân đặt stent dẫn lưu nang giả tụy thất bại được phẫu thuật nối nang - hồng tràng và dẫn lưu qua da. Theo dõi sau điều trị thành công ban đầu và tỷ lệ tái phát nang là 6,9% (4/58 bệnh nhân). **Kết luận:** Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 96,7%, điều trị thành công chung là 96,5%, tỷ lệ biến chứng là 11,7% và tỷ lệ tái phát sau thành công lần đầu là 6,9%. Kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn siêu âm nội soi là phương pháp điều trị có tỷ lệ thành công cao, hiệu quả và an toàn.

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 successful rate, efficacy and complications of EUS-guided pancreatic pseudocyst (PPC) drainage at Cho Ray Hospital. **Subject and method:** Prospective, uncontrolled intervention study all of patients underwent EUS-guided PPC drainage in Cho Ray Hospital from January 2016 to August 2019. Technical success was defined as the ability to access and drain the pseudocysts by the placement stents. Treatment success was defined as complete resolution or decrease in the size of PPC (complete resolution or the size of cyst < 50% or $\leq$ 2cm) on follow-up imaging, together with resolution of symptoms. Follow up and evaluation of treatment were assessed at one to three months, after three to six month, and over six month after procedure. Complications were assessed in the first week (early complications), and after one week procedure (late complications). **Result:** Of 60 patients were diagnosed as pancreatic pseudocysts and underwent EUS-guided drainage, the technical success rate was 96.7%. The successful drainage rate was 96.5%. Procedure-related complications were encountered in 7 patients (11.7%) including bleeding in 2 patients, cyst infection in 4 patients and 1 patient had migrated stent into the pseudocyst. Complications of bleeding were mild and self-limiting. The infectious complications were successfully managed by antibiotic therapy in two patients and another two patients needed percutaneous drainage, the migration stent in the cyst needed operate to drainage and removed stent. EUS-guided drainage was not achievement in two patients that were operated cystjejunostomy and percutaneous drainage. The recurrence rate after the first successful drainage was 6.9% (4/58 patients). **Conclusion:** The results of our study show that the technical success rate was 96.7%, the successful drainage rate was 96.5%, the complication rate was 11.7% and the recurrence rate was 6.9%. EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage is considered to have high technical success rate, effectiveness and safety.

Keywords: Pancreatic pseudocyst (PPC), endoscopic ultrasonography (EUS), drainage.

1. Đặt vấn đề

Nang giả tụy (NGT) là bệnh lý dạng nang thường gặp của tuyến tụy, chiếm khoảng 75 - 80% tất cả tổn thương dạng nang của tụy. Biến chứng nang giả tụy chiếm 10% - 20% trong viêm tụy cấp và khoảng 20 - 40% các trường hợp viêm tụy mạn [9]. Theo phân loại Atlanta cập nhật năm 2012 về viêm tụy cấp, nang giả tụy là ổ tụ dịch tồn tại trên 4 tuần, được bao bọc hoàn toàn bằng lớp vỏ mô xơ và mô hạt mà không có lớp tế bào biểu mô, có dịch nang đồng nhất, được hình thành sau viêm tụy cấp, viêm tụy mạn hay chấn thương tụy với sự tổn thương của ống tụy [5]. Các phương pháp điều trị nang giả tụy bao gồm phẫu thuật, dẫn lưu nang ra da và dẫn lưu nang xuyên thành dạ dày tá tràng qua nội soi không có hay có hướng dẫn siêu âm nội soi.

Nhiều đề tài nghiên cứu trên thế giới hiện nay chủ yếu hướng đến phương pháp dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (SANS) vì những ưu điểm của phương pháp này với các phương pháp khác. Một số kết quả nghiên cứu cho

thấy đây là phương pháp có tỷ lệ thành công về kỹ thuật và tỷ lệ điều trị thành công cao 90 - 100%, tỷ lệ biến chứng thấp, có thể thực hiện ngay cả khi nội soi không thấy hình ảnh nang đề vào thành ống tiêu hoá hay bệnh nhân có tăng áp cửa nhờ chức năng Doppler. Đây được xem là phương pháp được ưu tiên lựa chọn hiện nay trong điều trị dẫn lưu nang giả tụy [6]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả của phương pháp dẫn lưu nang giả tụy qua thành dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn siêu âm nội soi.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán NGT và được tiến hành dẫn lưu nang qua NSSA tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 08/2019. Những bệnh nhân được chẩn đoán 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: đau bụng, khối u bụng (mass), buồn nôn, nôn ói, mau no, chậm tiêu, sốt, vàng da...

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.

BN rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh, BN có bệnh lý nội khoa nặng (suy tim, suy hô hấp...).

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến hành theo phương pháp tiến cứu, can thiệp không đối chứng, theo dõi dọc.

Phương tiện nghiên cứu: Máy siêu âm nội soi đầu dò linear với đường kính kênh thủ thuật #3,7mm, màn hình tăng sáng (C-arm), các dụng cụ khác bao gồm kim chọc hút qua siêu âm nội soi 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) đường kính 7Fr, bóng nong đường kính 6 - 12mm, bộ dụng cụ đặt stent 7 - 10Fr...

Phương pháp dẫn lưu nang giả tụy qua dạ dày tá tràng dưới hướng dẫn siêu âm nội soi

Bước 1: Xác định nang giả tụy và vị trí chọc dò vào nang.

Đưa máy siêu âm nội soi vào dạ dày - tá tràng, đánh giá các đặc điểm của nang như vị trí, kích thước, tính chất dịch nang... Xác định vị trí chọc dò vào nang: Vị trí chọc dò vào nang thường được chọn ở vị trí máy soi ngắn (dễ thao tác, cố định máy soi tốt), vị trí nang sát với thành dạ dày-tá tràng $< 1\text{cm}$, không có các mạch máu lớn chen giữa nang và thành ống tiêu hóa.

Bước 2: Chọc vào nang và giữ đường thông với nang.

Dùng kim FNA 19G đâm xuyên qua vách dạ dày hay tá tràng dưới hướng dẫn của NSSA để thông vào

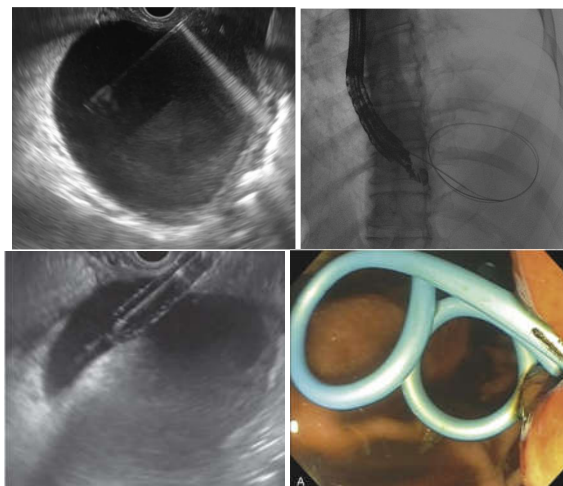
nang. Hút dịch nang làm xét nghiệm (amylase, CEA), quan sát và đánh giá tính chất dịch nang (màu sắc, độ nhớt...). Sau đó, luồn 1 dây dẫn qua kim FNA 19G tạo ít nhất 1 - 2 vòng trong nang. Thông thường, việc luồn dây dẫn đường được kiểm soát dưới màn hình tăng sáng. Sau khi dây dẫn đã nằm ổn định trong nang, rút kim chọc dò ra ngoài.

Bước 3: Nong rộng đường thông dò vào nang

Tiến hành nong đường thông dò vào nang bằng cystotom, catheter và bóng nong có đường kính 6 - 12mm, đặt thêm 1 dây dẫn vào nang (nếu muốn đặt > 1 stent).

Bước 4: Đặt stent nhựa hai đầu cong dẫn lưu nang.

Đặt 1 hoặc 2 stent nhựa hai đầu cong hoặc kết hợp đặt ống dẫn lưu mũi - nang (nếu dịch nang nhiễm trùng hay có ít mô đặc (debris), hoại tử...), để cố định đường thông dò và dẫn lưu dịch nang. Kiểm tra vị trí stent dưới màn hình tăng sáng.



Hình 1. Hình minh họa các bước dẫn lưu NGT qua SANS [4]

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 nang giảm rõ rệt kích thước nang so với kích thước nang ban đầu (kích thước nang $\leq 2\text{cm}$ 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 PP dẫn lưu khác

Tái phát: sau điều trị dẫn lưu nang thành công lần 1, BN tái phát nang giả tụy và chỉ định dẫn lưu nang lần hai

Phương pháp theo dõi và đánh giá các biến chứng

Biến chứng sớm (< 1 tuần sau thủ thuật): Biến chứng ngay lúc làm thủ thuật (viêm phổi hít, tim mạch và biến chứng do thuốc gây mê) và biến chứng sau thủ thuật: Nhiễm trùng, xuất huyết, thủng, di lệch stent...

Biến chứng muộn (> 1 tuần sau thủ thuật): Theo dõi các biến chứng nhiễm trùng, xuất huyết, di lệch stent..

Sau 1 tháng đến 3 tháng sau dẫn lưu: BN tái khám được ghi nhận các triệu chứng lâm sàng do nang giả tụy và chẩn đoán hình ảnh kiểm tra kích thước nang sau dẫn lưu (siêu âm bụng hay chụp cắt lớp vi tính).

BN được rút stent qua nội soi dạ dày nếu nang được dẫn lưu hoàn toàn hay kích thước nang giảm rõ rệt so với kích thước nang ban đầu và BN cải thiện

triệu chứng lâm sàng. Nếu nang chưa được dẫn lưu hoàn toàn sẽ được tiếp tục theo dõi.

BN được tiếp tục theo dõi nếu kích thước nang > 50% kích thước nang ban đầu và cải thiện triệu chứng lâm sàng.

BN được xét chỉ định dẫn lưu nang lần 2 hay thay đổi phương pháp dẫn lưu khác (DL qua da, phẫu thuật DL nang) nếu BN còn triệu chứng lâm sàng sau DL và KT nang > 50% KT nang ban đầu.

Nếu sau thời gian theo dõi hơn 6 tháng, dẫn lưu nang chưa đạt được hiệu quả về lâm sàng hay kích thước nang trên CĐHA, BN sẽ được đánh giá lại hiệu quả dẫn lưu và xem xét chỉ định kiểm tra tình trạng ống tụy chính và mối liên thông giữa ống tụy chính và nang giả tụy bằng các phương pháp như MRCP hay ERCP.

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 yêu cầu nghiên cứu đặt ra. Tỷ lệ nam/nữ là: 6,5/1. Tuổi trung bình 37,6 ± 12,2 tuổi, tuổi nhỏ nhất 14 tuổi, lớn nhất là 70 tuổi.

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

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 gây nang giả tụy chiếm tỷ lệ nhiều nhất.

Bảng 3. 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 (mm)	12,5 ± 3,9
Đường kính nang trên CLVT (mm)	13,4 ± 4,4
Đường kính nang trên NSSA (mm)	12,4 ± 3,9

Nhận xét: Vị trí của NGT thường gặp là thân - đuôi tụy. Kích thước TB của nang > 120mm.

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 cao và CEA/dịch nang thấp.

Bảng 5. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật

Thành công kỹ thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Thành công	58	96,7
Thất bại	02	3,3
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ thành công kỹ thuật cao 96,7%. Chỉ có 2 BN đặt stent dẫn lưu thất bại.

Bảng 6. Tỷ lệ điều trị thành công

Điều trị thành công	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Điều trị thành công	56	96,5
Không thành công	02	3,5
Tổng	58	100

Nhận xét: Tỷ lệ điều trị thành công cao với tỷ lệ 96,55%.

Bảng 7. Các biến chứng dẫn lưu nang giả tụy qua SANS

Biến chứng	(n, %)	Xử trí
Nhiễm trùng	4/60 (6,7)	Điều trị kháng sinh, dẫn lưu nang ra da
Xuất huyết	2/60 (3,3)	Nhẹ, tự cầm
Di lệch stent vào trong nang	1/60 (1,7)	Phẫu thuật dẫn lưu và lấy stent
Tổng	7/60 (11,7)	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung là 11,7%. Không có biến chứng nặng và tử vong.

Bảng 8. Thời gian nằm viện sau thủ thuật

Thời gian nằm viện sau thủ thuật	Ngày nằm viện
Thời gian ngắn nhất	02
Thời gian dài nhất	09
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	4,3 ± 3,0

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau thủ thuật là: $4,3 \pm 3,0$ ngày. Thời gian rút stent trung bình là: $107,6 \pm 125,1$ ngày. Tái phát của thủ thuật sau theo dõi dẫn lưu là: 4/58 BN (6,9%).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $37,6 \pm 12,2$ tuổi (14 - 70 tuổi), gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ là 6/5. Đây là độ tuổi lao động vì thế có nhiều nguy cơ bị chấn thương tụy do tai nạn lao động, tai nạn giao thông, ở nam giới thường do uống nhiều rượu. Kết quả nghiên cứu cho thấy các nguyên nhân thường gặp hình thành nang giả tụy do viêm tụy cấp (46,7%) và chấn thương tụy (30%). Theo báo cáo của tác giả Nguyễn Cường Thịnh, năm 2004, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tuổi trung bình của bệnh nhân là 47 tuổi (5 - 74 tuổi) [3]. Nghiên cứu của tác giả Lê Lộc, năm 2004, tại Bệnh viện Trung ương Huế, tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,5 tuổi (5 - 90 tuổi) [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (95%) và khối u bụng (65%). Nguyên nhân của NGT nhiều nhất là viêm tụy cấp (46,7%) và chấn thương bụng (30%). Điều này là do tình trạng uống rượu bia và tai nạn giao thông, tai nạn lao động ở Việt Nam vẫn còn cao. Đặc điểm NGT trên chẩn đoán hình ảnh trong nghiên cứu của chúng tôi được ghi nhận như sau: Kích thước NGT trên siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính và siêu âm nội soi đều khá lớn > 120mm, vị trí NGT trên CLVT thường gặp nhất là thân và đuôi tụy với tỷ lệ 61,7%, vì thế trên hình ảnh nội soi chúng tôi gặp nhiều nhất vị trí nang đè vào vùng thân vị và hang vị, so sánh với một số tác

giả trên thế giới thì kích thước nang trong nghiên cứu của chúng tôi là lớn hơn [7].

4.3. Kết quả của kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua SANS

Tỷ lệ thành công về kỹ thuật

Tỷ lệ thành công về kỹ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 96,7%, tương đương với các nghiên cứu khác trên thế giới là 90 - 100% [10]. Trong 2 trường hợp thất bại, có 1 BN có vách nang dày không thể chọc thông dò vào nang để đặt stent dẫn lưu mà chỉ thực hiện chọc hút dịch nang làm xét nghiệm, và một BN có biến chứng stent di lệch vào trong nang không thể lấy stent ra ngoài được nên đã được tiến hành phẫu thuật dẫn lưu nối nang - hồng tràng và lấy stent. Theo các nghiên cứu, tỷ lệ thành công về kỹ thuật của phương pháp dẫn lưu qua SANS là cao hơn có ý nghĩa so với dẫn lưu nang không có hướng dẫn SANS. Nghiên cứu của tác giả Hồ Đăng Quý Dũng và cộng sự (2014) cho biết tỷ lệ thành công của kỹ thuật dẫn lưu nang qua nội soi không có hướng dẫn NSSA là 75% [1].

Tỷ lệ điều trị thành công

Trong nghiên cứu, tỷ lệ điều trị thành công chung là 96,5% (56/58 BN) và tỷ lệ điều trị thành công sớm ở thời điểm 1 - 3 tháng sau dẫn lưu là 93,1% (54/58 BN). Qua theo dõi sau thủ thuật dẫn lưu, có 2 BN nhiễm trùng nang cần phải phối hợp thực hiện dẫn lưu nang qua da, ngoài ra còn có 2 BN chưa đạt tiêu chuẩn về chẩn đoán hình ảnh (KT nang > 50%) sau dẫn lưu. Chúng tôi nhận thấy các trường hợp này là do stent dẫn lưu không tốt do dịch nang lợn cợn, có ít mô đặc hay mô hoại tử. Trong những trường hợp có mô hoại tử trong nang, chúng tôi tiến hành kết hợp thực hiện đặt thêm ống dẫn lưu mũi - nang để bơm rửa nang

bằng dung dịch nước muối sinh lý trong khoảng thời gian từ 3 - 5 ngày sau thủ thuật.

Tai biến, biến chứng của thủ thuật

Tỷ lệ biến chứng của thủ thuật trong nghiên cứu là 11,7% (7 BN), bao gồm nhiễm trùng (4 BN), xuất huyết (3 BN) và di lệch stent (1 BN). Tỷ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu trên thế giới là 10 - 34% [10]. Trong số các trường hợp biến chứng, có 4 trường hợp nhiễm trùng nang sau thủ thuật, bệnh nhân được tiếp tục điều trị bằng kháng sinh và 2 bệnh nhân phải thực hiện dẫn lưu nang qua da, các trường hợp biến chứng xuất huyết là mức độ nhẹ, được chẩn đoán ngay sau thủ thuật và tự cầm không cần phải can thiệp điều trị, biến chứng di lệch stent vào trong nang ở một BN và được phẫu thuật lấy stent kết hợp dẫn lưu nang.

Chúng tôi có 4 trường hợp tái phát nang sau điều trị thành công lần đầu. Trong các BN tái phát NGT, có 2 BN được dẫn lưu nang qua NSSA lần hai, 1 BN dẫn lưu qua nhú Vater do có liên thông giữa nang và ống tụy chính và 1 BN chỉ theo dõi do không có triệu chứng lâm sàng do NGT. Theo tác giả Shyam Varadarajulu (2012), tỷ lệ thành công về kỹ thuật và lâm sàng lần lượt là 89 - 100% và 82 - 100%, tỷ lệ biến chứng của thủ thuật là 1,7 - 15%, tỷ lệ tái phát sau thủ thuật là 3 - 17,7% [10]. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi là 4/58 BN (6,9%) và không có trường hợp nào có biến chứng nặng hay tử vong liên quan đến thủ thuật.

4.4. Một số bàn luận về mặt kỹ thuật

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có một số yếu tố khác đến nay vẫn còn được cân nhắc nhằm làm tăng hiệu quả của thủ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua siêu âm nội soi như: loại stent được sử dụng, số lượng stent và thời gian rút stent. Theo tác giả Marc Giovannini (2012), sự lựa chọn stent sẽ phụ thuộc vào tính chất dịch của nang. Đối với những nang có dịch đồng nhất có thể được dẫn lưu chỉ với một hoặc hai stent 7F hay 8,5F. Ngược lại, nếu dịch nang lợn cợn hay nang nhiễm trùng cần phải tưới rửa dịch nang thì nên đặt stent có đường kính lớn 10F và kết hợp đặt ống dẫn lưu nang-mũi để tiếp tục bơm rửa bằng nước muối qua ống dẫn lưu [0]. Về số

lượng stent và thời gian đặt stent để dẫn lưu nang, cho đến nay cũng chưa có một ý kiến nào thống nhất về vấn đề này. Theo các tác giả trên thế giới, số lượng stent có thể đặt dẫn lưu nang là từ 1 đến 5 stent. Trong nghiên cứu, chúng tôi có 49 BN được đặt 2 stent và 9 BN được đặt 1 stent nhựa hai đầu cong (double pigtails) để dẫn lưu. Ngoài ra, chúng tôi có 2 BN được đặt thêm ống dẫn lưu mũi - nang để bơm rửa do dịch nang lợn cợn và ít mô đặc (debris) trong nang. Về thời gian đặt stent, trong nghiên cứu chúng tôi đánh giá hiệu quả dẫn lưu nang và rút stent với thời gian sớm nhất là sau 1 tháng, đây là thời gian đủ để đa số các nang được dẫn lưu hoàn toàn. Nếu hiệu quả dẫn lưu của thủ thuật chưa hoàn toàn, chúng tôi tiếp tục theo dõi đến 6 tháng hay khi kết thúc điều trị.

Ngày nay, nhằm làm tăng hiệu quả của kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua nội soi và có thể thực hiện đối với những trường hợp nang hoại tử tụy (Walled-off Necrosis), các nghiên cứu đã thực hiện kỹ thuật dẫn lưu nang với stent kim loại tự bung và một số loại stent mới, đó là stent kim loại tự bung áp thành (LAMS - Lumen apposing metallic stent) như: Nagi stent, Axios stent, Xlumena... Kỹ thuật dẫn lưu nang cũng được cải tiến với kỹ thuật dẫn lưu nang một bước với bộ dụng cụ mới (Navix system) [8].

Nội soi dẫn lưu nang còn có thể thực hiện dẫn lưu xuyên thành kết hợp với dẫn lưu qua nhú Vater. Nội soi dẫn lưu qua nhú thường được thực hiện ở những trường hợp nang có kích thước nhỏ hơn 6cm và có sự liên thông với ống tụy bằng cách đặt stent ống tụy. Ngoài ra, dẫn lưu qua nhú còn có thể thực hiện trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định với kỹ thuật dẫn lưu xuyên thành như: Bệnh lý đông máu, khoảng cách từ nang đến thành ống tiêu hóa xa (> 1cm). Sự kết hợp hai kỹ thuật này không phải thường quy để điều trị trong phần lớn nang giả tụy [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp NGT tái phát được đặt stent dẫn lưu ống tụy chính qua nhú Vater vì có hình ảnh chẩn đoán có sự liên thông giữa nang và ống tụy, BN đạt được hiệu quả điều trị sau 2,5 tháng dẫn lưu và được rút stent ống tụy chính. Tuy nhiên, để khảo sát tình trạng ống tụy chính và sự liên thông của ống tụy và nang đối

với những trường hợp dẫn lưu không hoàn toàn sau thời gian theo dõi, chúng ta có thể thực hiện chụp mật tụy ngược dòng (ERCP) hay chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP), qua đó xét chỉ định đặt stent ống tụy nếu có sự thông thương của ống tụy với nang hay có tổn thương hẹp, tắc nghẽn của ống tụy.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu, tỷ lệ thành công về kỹ thuật của phương pháp dẫn lưu nang giả tụy qua siêu âm nội soi là 96,7%, điều trị thành công là 96,5% với tỷ lệ tai biến, biến chứng là 11,7%. Phương pháp dẫn lưu nang giả tụy qua siêu âm nội soi là một kỹ thuật có tỷ lệ thành công cao, hiệu quả điều trị và an toàn.

Tài liệu tham khảo

1. Hồ Đăng Quý Dũng và cộng sự (2014) *Nghiên cứu kết quả của kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011-2013*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 9(1), tr. 72-77.
2. Lê Lộc, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện (2004) *Kết quả điều trị nang giả tụy*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 8(3), tr. 173-176.
3. Nguyễn Cường Thịnh (2004) *Nang giả tụy: Nguyên nhân, điều trị và kết quả*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 8(3), tr. 163-166.
4. Bang JY, Varadarajulu S (2019) *Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections*. Endosonography, Fourth Edition, Chapter 23: 291-301.
5. 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.
6. Giovannini M (2012) *Endoscopic ultrasonography-guided pancreatic drainage*. Interventional Endoscopic Ultrasound: 221-230.
7. Ichiro Y, Keisuke I, Tsuyoshi M et al (2009) *EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage*. Digestive Endoscopy 21(1): 82-86.
8. Phillip SG, Mikhayla W, Rabindra RW (2016) *Pancreatic pseudocysts - advances in endoscopic management*. Gastroenterol Clin North Am 45: 9-27.
9. Samuelson AL, Shah RJ (2012) *Endoscopic management of pancreatic pseudocysts*. Gastroenterol Clin North Am 41: 47-62.
10. Varadarajulu S (2012) *Endoscopic management of pancreatic pseudocysts*. J Dig Endosc 3: 58-64.