

Đánh giá các biến chứng của đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị tắc mật do ung thư

Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography for treatment of malignant biliary obstruction

Đỗ Quang Út*,
Nguyễn Tiến Thịnh**,
Nguyễn Khánh Trạch***

*Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí,
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
***Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá các biến chứng của đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng điều trị tắc mật do ung thư. **Đối tượng và phương pháp:** 88 bệnh nhân bị tắc mật do ung thư, được tiến hành đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng, điều trị nội trú tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn từ tháng 10/2014 đến tháng 10/2018. Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng, theo dõi dọc trước sau điều trị. **Kết quả:** Trong số 80 bệnh nhân đặt stent thành công, tỷ lệ biến chứng sớm là 17,5%; chủ yếu là viêm đường mật - chiếm 10,0%, không có biến chứng nặng. Biến chứng muộn chiếm tỷ lệ 51,5% ở 68 bệnh nhân đặt stent lâu dài điều trị giảm nhẹ; trong đó chủ yếu là stent mất chức năng dẫn lưu (42,6%), viêm đường mật khi stent chưa mất chức năng dẫn lưu (19,1%). **Kết luận:** Biến chứng của đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng khá thường gặp, nhất là các biến chứng muộn; chủ yếu là các biến chứng mức độ nhẹ và trung bình.

Từ khóa: Tắc mật do ung thư, stent đường mật.

Summary

Objective: To evaluate complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) biliary stenting for patients suffering from malignant biliary obstruction. **Subject and method:** A prospective descriptive intervention study without control group, 88 inpatients suffering from malignant biliary obstruction who underwent ERCP biliary stenting at the Department of Gastroenterology, 108 Military Central Hospital from 10/2014 to 10/2018. **Result:** In 80 patients with successful stenting, the rate of early complication was 17.5%, the rate of acute cholangitis was 10.0%, without severe complications. 68 patients with longterm biliary drainage for palliation, the rate of late complication was 51.5%, the rate of stent disfunction was 42.6% and the rate of non-obstructive cholangitis was 19.1%. **Conclusion:** The rate of ERCP biliary stenting related complication was quite high, especially late complications, however most of them were mild or moderate.

Keywords: Biliary malignant obstruction, biliary stenting complication.

Ngày nhận bài: 13/12/2021, ngày chấp nhận đăng: 24/12/2021

Người phản hồi: Đỗ Quang Út, Email: bsdoquangut@gmail.com - Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí

1. Đặt vấn đề

Tắc mật do ung thư (TMDUT) không hiếm gặp, hiện tại vẫn còn nhiều khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Hướng tiếp cận bằng nội soi mật tụy ngược dòng chẩn đoán và đặt stent dẫn lưu đường mật (ĐM) qua nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) điều trị với tính xâm lấn tối thiểu đã cho thấy hiệu quả tốt trong chẩn đoán và điều trị TMDUT. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng khá cao là hạn chế chủ yếu của phương pháp này. Ở nước ta trong 10 năm gần đây, kỹ thuật đặt stent ĐM qua NSMTND điều trị tắc mật do ung thư được ứng dụng ngày càng phổ biến ở các bệnh viện lớn với nhiều tiến bộ cập nhật. Tuy nhiên có rất ít nghiên cứu về các biến chứng, nhất là các biến chứng muộn của đặt stent ĐM qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị TMDUT.

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá các tai biến, biến chứng của đặt stent ĐM qua NSMTND trong điều trị TMDUT.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 88 BN được chẩn đoán TMDUT, điều trị nội trú Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2014 đến tháng 10/2018.

Tiêu chuẩn chọn BN

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tắc mật do ung thư dựa trên đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh.

Có chỉ định và đã được tiến hành đặt stent ĐM qua NSMTND dẫn lưu ĐM điều trị giảm nhẹ hoặc chuẩn bị trước phẫu thuật triệt căn.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN không hợp tác trong điều trị và theo dõi sau đặt stent.

Các trường hợp có đặt stent đường mật nhưng không phải tắc mật do ung thư có bằng chứng giải phẫu bệnh sau phẫu thuật hoặc tiến triển không phù hợp trong quá trình theo dõi.

Các trường hợp tắc mật vùng rốn gan typ IV theo phân loại của Bismuth với thể tích gan tối đa có thể dẫn lưu < 30% với 1 stent.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp không đối chứng, tiến cứu mô tả.

2.2.1. Các bước tiến hành nghiên cứu

Phương tiện nghiên cứu

Máy siêu âm, X-quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, C-arm.

Máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học, miễn dịch.

Hệ thống nội soi tiêu hóa Olympus - CV170 (Nhật Bản) kèm dây soi tá tràng cửa sổ bên đường kính kênh dụng cụ 4,2mm, dây soi dạ dày nhím thẳng; nguồn cắt đốt.

Stent đường mật: Stent kim loại tự giãn nở đường kính 10mm, stent nhựa đường kính 7 - 10Fr, chiều dài của stent 4 - 12cm.

Catheter, dao cung, dây dẫn, thông lọng, bóng nong đường mật, kim sinh thiết và các dụng cụ nội soi can thiệp khác.

Thuốc trong can thiệp: Thuốc mê (propofol), tiền mê giảm đau (diazepam, pethidine), thuốc giảm nhu động ruột (buscopan), thuốc cản quang (telebrix), dịch truyền.

Quy trình đặt stent dẫn lưu đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng:

Thực hiện theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế [1].

2.2.2. Theo dõi, điều trị sau khi đặt stent

Theo dõi, điều trị và chăm sóc sau can thiệp tại Phòng Hồi tỉnh và Khoa Nội tiêu hóa, phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng sớm nếu có. Bệnh nhân ổn định, dẫn lưu bắt đầu có hiệu quả được cho ra viện sau đặt stent 72 giờ.

Tái khám đánh giá lại sau 01 tháng và mỗi 3 tháng sau đó hoặc khi có diễn biến bất thường: Sốt, vàng da trở lại hoặc nặng lên, đau bụng, ỉa phân đen.

Phát hiện và xử trí các biến chứng muộn nếu có.

Kết hợp các biện pháp điều trị ung thư khác như hóa trị, can thiệp nội mạch, tiêu hủy khối u tại chỗ và điều trị giảm nhẹ phù hợp với tình trạng của từng BN.

Các biện pháp dẫn lưu ĐM khác: Can thiệp dẫn lưu hoặc đặt stent ĐM qua da có thể sử dụng khi đặt stent ĐM qua NSMTND không còn phù hợp.

2.2.3. Đánh giá biến chứng của đặt stent ĐM qua NSMTND

Ghi nhận một số đặc điểm lâm sàng của BN TMDUT trong nghiên cứu và một số đặc điểm kỹ

thuật đặt stent ĐM qua NSMTND có thể ảnh hưởng đến biến chứng.

Đánh giá các biến chứng của đặt stent ĐM qua NSMTND theo đồng thuận của các nhà Nội soi Nhật Bản - Tiêu chuẩn Tokyo 2014 [7]. Các biến chứng sớm xảy ra trong vòng 1 tháng, các biến chứng muộn sau 1 tháng sau khi đặt stent,

Tần suất xuất hiện, mức độ nặng, kết quả điều trị.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

3. Kết quả

3.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu và kỹ thuật đặt stent ĐM qua NSMTND

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm BN	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Có tiền sử can thiệp gan, ĐM		
Vị trí tắc mật:	15	17,0
Thấp	49	55,7
Vùng rốn gan	39	44,3
Nguyên nhân ung thư:		
Tụy	28	31,8
ĐM ngoài gan	33	37,5
Gan, ĐM trong gan	17	19,3
Bóng Vater	4	4,5
Túi mật	2	2,3
Khác	4	4,5
Giai đoạn ung thư (TMN):		
I, II	36	40,9
III, IV	52	59,1
Chỉ định đặt stent:		
Điều trị trước mổ	13	14,8
Điều trị giảm nhẹ	75	85,2
Tổng số BN	88	100,0
Giới nam/nữ	61/27	69,3/30,7
Tuổi trung bình (khoảng giá trị) (năm)	62,4 ± 12,2 (36 - 88)	

Nhận xét: Các loại ung thư chủ yếu gây tắc mật gồm: Tụy, ĐM ngoài gan, gan và ĐM trong gan, ung thư giai đoạn III, IV chiếm 59,1%.

Bảng 2. Một số đặc điểm kỹ thuật ở các trường hợp đặt stent ĐM qua NSMTND thành công

Đặc điểm kỹ thuật đặt stent lần 1	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Phương pháp vô cảm:		
Gây mê tĩnh mạch	55	68,8
Gây mê nội khí quản	25	31,3
Loại stent:		
Nhựa	32	40,0
Kim loại	48	60,0
Thông nhú khó	23	28,7
Cắt cơ Oddi	66	82,5
Nong ĐM	2	2,5
Sinh thiết ĐM	20	25,0
Đầu dưới của stent dưới cơ Oddi	51	63,7
Tắc mật rốn gan (n = 37), stent 1 bên	35	94,6
Thành công về kỹ thuật	80	90,9
Thời gian thực hiện kỹ thuật (phút) (Khoảng giá trị)	37,3 ± 18,4 (15 - 90)	

Nhận xét: Tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 90,9%, tỷ lệ thông nhú khó là 28,7%, tỷ lệ đặt stent 1 bên trong TMDUT vùng rốn gan là 94,6%. Sinh thiết ĐM chiếm tỷ lệ 20/80 (25,0%). Tất cả 12 BN đặt stent trước mổ đều sử dụng stent nhựa.

3.2. Các biến chứng của đặt stent ĐM qua NSMTND điều trị TMDUT

Các biến chứng sớm

Trong số 8 BN đặt stent 1 thất bại chỉ có 1 trường hợp có biến chứng viêm tụy cấp mức độ nhẹ.

Bảng 3. Tỷ lệ các biến chứng sớm ở BN đặt stent lần 1 thành công

Biến chứng sớm	Mức độ			Tổng	Tỷ lệ %
	Nhẹ	Trung bình	Nặng		
VĐM, nhiễm khuẩn huyết	0	8	0	8	10,0
Viêm tụy cấp	4	0	0	4	5,0
Chảy máu	0	1	0	1	1,3
Viêm túi mật	1	0	0	1	1,3
Có biến chứng	5	9	0	14	17,5
Không biến chứng	0	0	0	66	82,5
Tổng số	6	8	0	80	100

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sớm là 14/80 BN (17,5%), tỷ lệ các biến chứng nặng, trung bình và nhẹ tương ứng là: 0%, 6,3% và 11,3%; 4 trường hợp nhiễm khuẩn huyết đều nằm trong bệnh cảnh VĐM.

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng VDM sớm và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ biến chứng VDM sớm yếu tố liên quan		VDM sớm		Tổng	p (χ^2 , Fisher)
		Có	Không		
Vị trí tắc mật (n = 80)	Thấp	1	42	43	0,022
	Rốn gan	7	30	37	
Phân loại Bismuth (n = 37)	I, II	1	11	12	0,389
	III, IV	6	19	25	
Loại stent (n = 37)	Nhựa	3	7	10	0,360
	KL	4	23	27	
Đầu dưới của stent KL (n = 37)	Trên cơ Oddi	4	22	26	0,403
	Dưới cơ Oddi	3	8	11	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng VDM cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm TMDUT vùng rốn gan so với tắc mật thấp.

Các biến chứng muộn

Bảng 5. Các biến chứng muộn sau đặt stent qua NSMTND lần 1 ở nhóm điều trị giảm nhẹ (điều trị lâu dài)

Các biến chứng muộn	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Stent mất chức năng	29	42,6
VDM (khi stent chưa mất chức năng)	13	19,1
Nhiễm khuẩn huyết	11	16,2
Viêm túi mật	2	2,9
Chảy máu khối u	1	1,5
Có biến chứng	35	51,5
Không biến chứng	33	48,5
Tổng số BN	68	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng muộn là 35/68 (51,5%) BN; chủ yếu gồm stent mất chức năng dẫn lưu và VDM khi stent chưa mất chức năng dẫn lưu với tỷ lệ tương ứng là 29/68 (42,6%) và 13/68 (19,1%) BN. Nhiễm khuẩn huyết đi kèm VDM khi stent chưa mất chức năng dẫn lưu hoặc VDM khi stent mất chức năng dẫn lưu chiếm tỷ lệ 11/68 (16,2%) BN.

Bảng 6. Tỷ lệ mất chức năng dẫn lưu sau đặt lần 1 theo loại stent

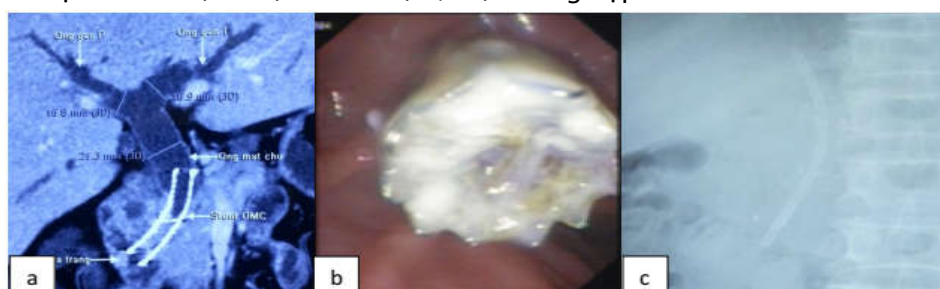
Stent mất chức năng dẫn lưu	Stent nhựa		Stent KL		Tổng	p (χ^2)
	n	%	n	%	n	
Có	14	70,0	15	31,3	29	0,004
Không	6	30,0	33	68,7	39	
Tổng	20	100,0	48	100,0	68	

Nhận xét: Tỷ lệ mất chức năng dẫn lưu của stent KL là 15/48 (31,3%) BN, thấp hơn so với stent nhựa với tỷ lệ tương ứng 14/20 (70,0%) trường hợp, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Nguyên nhân stent 1 mất chức năng dẫn lưu

Nguyên nhân stent 1 mất chức năng dẫn lưu		Stent nhựa		Stent KL		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Tắc stent	U phát triển	0	0,0	13	86,7	13	93,1
	Không do u	12	85,7	2	13,3	14	
Stent bị dịch chuyển		2	14,3	0	0,0	2	6,9
Tổng số		14	100,0	15	100,0	29	100,0

Nhận xét: Tắc stent là nguyên nhân chủ yếu làm stent mất chức năng dẫn lưu, chiếm tỷ lệ tương ứng với stent KL và stent nhựa là 15/15 (100%) và 12/14 (85,7%) trường hợp.

**Hình 1. Tắc stent KL**

BN Nguyễn V.T. 69 tuổi (BSNC số 3), (a) - (b) hình ảnh CLVT và nội soi tá tràng tắc stent KL không bọc do u phát triển trong lòng stent, (c) hình X-quang bụng sau khi NSMTND tái can thiệp đặt stent nhựa mới trong lòng stent KL cũ.

**Hình 2. Tắc stent nhựa**

BN Nguyễn V.T. 69 tuổi (BANC số 3). (a) - (b) stent nhựa đường kính 10Fr đặt sau tái can thiệp bị tắc được lấy ra ngoài, (c) cắt dọc và ngang qua stent cho thấy lòng stent bị lấp đầy bởi các thành phần dạng cặn bùn mật.

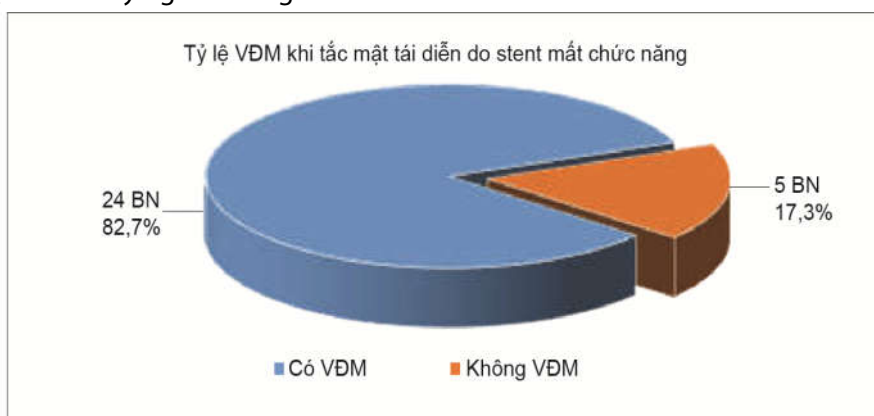
**Hình 3. Stent nhựa bị dịch chuyển.**

BN Lê V.T 36 tuổi (BANC số 16), (a) hình ảnh TMDUT vùng rốn gan typ IIIa trên CLVT, (b) NSMTND đặt stent nhựa dẫn lưu 2 bên vào ĐM gan trái và nhánh phân thùy trước gan phải, (c) - (d) hình ảnh CLVT và X-quang bụng cho thấy 2 stent bị dịch chuyển xuống phía dưới vị trí ĐM chít hẹp.

Bảng 8. VĐM muộn trước khi stent 1 mất chức năng và vị trí tắc mật

Vị trí tắc mật	VĐM		Tổng	p (χ^2 , Fisher)
	Có	Không		
Thấp	3	28	31	0,120
Rốn gan	10	27	37	
Tổng	13	55	68	

Nhận xét: Biểu chứng VĐM muộn hay gặp hơn ở nhóm tắc mật vùng rốn gan so với nhóm tắc mật thấp nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

**Biểu đồ 1.** VĐM khi tắc mật tái diễn do stent 1 bị mất chức năng dẫn lưu

Nhận xét: 24/29 (82,7%) trường hợp stent mất chức năng dẫn lưu có viêm đường mật kèm theo, chiếm tỷ lệ 24/68 (35,3%) BN sau đặt stent lần 1.

Bảng 9. Các biến chứng sau tái can thiệp đặt stent ĐM qua NSMTND

Các biến chứng sau đặt stent lần 2, 3 và 4	Tổng số lượt biến chứng	Tần suất	Tỷ lệ %
Stent mất chức năng (tắc stent)	9	9/27	33,3
VĐM khi stent còn chức năng	6	6/27	22,2
Nhiễm khuẩn huyết	4	4/27	14,8
Viêm túi mật	1	1/27	3,7
Chảy máu khối u	1	1/27	3,7
Số BN có biến chứng	13	13/22	59,1
Số BN không biến chứng	9	9/22	40,9

Nhận xét: Sau 27 lượt tái can thiệp đặt stent ĐM qua NSMTND khi stent mất chức năng dẫn lưu ở 22 BN, tỷ lệ biến chứng chung là 13/22 (59,1%) BN. Các biến chứng chủ yếu là stent mất chức năng dẫn lưu và VĐM khi stent chưa mất chức năng, chiếm các tỷ lệ tương ứng là 33,3% và 22,2% theo số lượt đặt stent.

4. Bàn luận

4.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân TMDUT và kỹ thuật stent đường mật qua NSMTND

TMDUT thường gặp ở BN tuổi trung niên và cao tuổi. Nguyên nhân ung thư tắc mật chủ yếu là ung

thư của ĐM, túi mật, bóng Vater, ung thư gan và một số trường hợp ung thư di căn hoặc xâm lấn vùng rốn gan. Phần lớn các trường hợp TMDUT khi được phát hiện không còn chỉ định điều trị triệt căn do ung thư ở giai đoạn lan tràn tại chỗ, tại vùng hoặc di căn xa. Một số BN đã được can thiệp phẫu thuật hoặc thủ thuật điều trị ở gan và ĐM. Ảnh hưởng của tắc mật cùng với tiến triển của ung thư và các biện pháp can thiệp điều trị trước đó khiến cho bệnh cảnh lâm sàng đa dạng với nhiều tổn thương phối hợp, tình trạng của BN thường suy sụp nhanh. Các cấu trúc giải phẫu có thể bị biến đổi khiến cho việc tiếp cận vào ĐM và đánh giá tổn thương gặp nhiều khó khăn, nguy cơ xảy ra các tai biến biến chứng tăng lên.

Giai đoạn đầu triển khai nghiên cứu chúng tôi gặp những khó khăn nhất định về kinh nghiệm triển khai và dụng cụ nội soi nên tỷ lệ thông nhú thuận lợi, tỷ lệ thành công về kỹ thuật chưa cao và có thể gia tăng tỷ lệ biến chứng của kỹ thuật. Hơn nữa việc triển khai kỹ thuật kèm theo đặt stent ĐM (sinh thiết ĐM, chải tế bào, nội soi ĐM trực tiếp), lựa chọn chủ yếu đặt stent 1 bên trong tắc mật vùng rốn gan, cắt cơ Oddi ở đa số các trường hợp và tỷ lệ đặt stent dưới cơ Oddi cao là những yếu tố về kỹ thuật có thể tác động đến các biến chứng liên quan của đặt stent ĐM qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị TMDUT.

4.2. Các biến chứng của đặt stent ĐM qua NSMTND trong điều trị TMDUT

Các biến chứng sớm

Trong số 8 BN đặt stent thất bại, chỉ có 1 trường hợp có biến chứng viêm tụy cấp mức độ nhẹ. Với 80 BN đã đặt stent thành công, biến chứng sớm xảy ra ở 14/80 (17,5%) BN. Các biến chứng sớm gồm VĐM và nhiễm khuẩn huyết, viêm tụy cấp, viêm túi mật và chảy máu chiếm các tỷ lệ tương ứng là 10,0%, 5,0%, 1,3% và 1,3%. Các biến chứng nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ tương ứng là 5/80 (6,3%) và 9/80 (11,3%), không có biến chứng nặng (Bảng 3). Tất cả các trường hợp biến chứng sớm đều được kiểm soát tốt bằng điều trị nội khoa. Tỷ lệ chung biến chứng sớm của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác chủ yếu do tỷ lệ nhiễm khuẩn ở nhóm TMDUT vùng rốn gan.

Viêm tụy cấp

Tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn chung của biến chứng viêm tụy cấp sau NSMTND đã được báo cáo. Theo Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ, tỷ lệ viêm tụy cấp dao động từ 3 - 10% trường hợp [5]. Một số yếu tố về kỹ thuật trong nghiên cứu có thể làm tăng tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp gồm thông nhú khó, cắt cơ Oddi, can thiệp vào tụy, đặt stent dưới cơ Oddi nhưng số lượng biến chứng nhỏ chưa cho phép đánh giá chi tiết hơn. Trong số các biện pháp có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng viêm tụy cấp là đặt stent ống chính tụy, dùng thuốc (nonsteroid, somatostatin/octreotide, nitrates), truyền dịch [5]; chúng tôi đã sử dụng stent tụy ở 2 trong số các trường hợp can thiệp vào tụy, tất cả các BN sau can thiệp được nhịn ăn và truyền dịch trong ngày đầu tiên sau thủ thuật.

Nhiễm khuẩn

VĐM là biến chứng hay gặp nhất sau đặt stent ĐM qua NSMTND điều trị TMDUT. Tỷ lệ biến chứng VĐM sớm sau đặt stent trong nghiên cứu là 8/80 (10,0%), vượt trội ở nhóm tắc mật vùng rốn gan, chiếm 7/37 (18,9%) BN. Biến chứng nhiễm khuẩn huyết gồm 4 trường hợp đều ở BN TMDUT vùng rốn gan và trong bệnh cảnh VĐM. Kết quả này tương đương các tác giả Giovanni D [6] với tỷ lệ VĐM sớm sau đặt stent 2 bên hoặc 1 bên trong TMDUT vùng rốn gan tương ứng là 16,6% và 8,8%, Apichat S [8] báo cáo tỷ lệ VĐM sớm chung là 14/91 (15,4%), ở nhóm đặt stent nhựa là 9/46 (19,6%) trường hợp. Võ Xuân Quang [2] công bố tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn chung thấp hơn (6,25%) nhưng không cho biết tỷ lệ VĐM của nhóm tắc mật vùng rốn gan. Tỷ lệ biến chứng viêm đường mật cao ở nhóm tắc mật vùng rốn gan phù hợp những kiến thức đã biết. Tuy nhiên ở giai đoạn đầu của nghiên cứu chúng tôi gặp những khó khăn nhất định về kỹ thuật đưa dây dẫn đường vượt qua vị trí hẹp vào đúng nhánh ĐM cần dẫn lưu và bơm thuốc cản quang chọn lọc. Đây có thể là yếu tố chính làm tăng tỷ lệ biến chứng VĐM sớm của nhóm TMDUT vùng rốn gan sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Viêm túi mật xảy ra vào ngày thứ 4 sau can thiệp ở 1 BN tắc mật thấp do ung thư tụy sau đặt stent KL có bọc từ ống gan chung xuống dưới cơ Oddi, thuốc cản quang vào túi mật khi chụp ĐM. BN được điều trị nội khoa ổn định, không phải can thiệp thêm. Đặt stent KL đi qua vị trí đổ vào ống mật chủ của ống túi mật và bơm thuốc cản quang vào túi mật có thể là những yếu tố góp phần gây biến chứng viêm túi mật ở trường hợp này.

Chảy máu

Biến chứng chảy máu xảy ra ở BN nam 86 tuổi, tắc mật thấp do ung thư đoạn cuối ống mật chủ, kèm theo có tăng huyết áp và đái tháo đường typ II. BN được NSMTND, cắt một phần Oddi ở vị trí 11 giờ và đặt stent KL, diện cắt có điểm mạch rỉ máu tự cầm trước khi kết thúc thủ thuật. Chảy máu trong vòng 12 giờ sau thủ thuật, đã được phát hiện kịp thời, truyền máu, nội soi được kẹp clip cầm máu thành công. Trường hợp này chỉ cắt một phần cơ Oddi nhưng vẫn có thể tổn thương cấu trúc mạch khá lớn gây chảy máu mặc dù cấu trúc mạch như vậy ít gặp. Yếu tố khác là BN tuổi cao, tăng huyết áp, xơ vữa mạch có thể làm tăng nguy cơ biến chứng chảy máu khi can thiệp. Manuel JAL [4] nghiên cứu hồi cứu cho biết tỷ lệ biến chứng chảy máu sớm sau đặt stent ĐM qua NSMTND ở BN TMDUT ĐM vùng rốn gan là 3/450 (0,7%) nhưng không phân tích cụ thể nguyên nhân chảy máu. Ngoài chảy máu do cắt cơ Oddi, chảy máu có thể xảy ra từ các tổn thương của ĐM và ống tiêu hóa: Viêm loét, hoại tử do u hoặc do tác động tại chỗ khi tiến hành thủ thuật như sinh thiết, nong ĐM, đặt stent. Kiểm tra và xử trí cầm máu ngay các điểm lộ mạch chảy máu rõ rệt trong thủ thuật có thể giảm nguy cơ biến chứng chảy máu sau thủ thuật. Phát hiện và xác định nguồn chảy máu sớm giúp kiểm soát hiệu quả hơn biến chứng này.

Các biến chứng sớm khác như thủng, biến chứng tim mạch, hô hấp liên quan đến gây mê chúng tôi chưa gặp trong nghiên cứu này.

Các biến chứng muộn

Các biến chứng muộn sau đặt stent ĐM qua NSMTND điều TMDUT trong thời gian dài ở nhóm điều trị giảm nhẹ trong nghiên cứu chủ yếu là stent

mất chức năng dẫn lưu và VĐM. Theo đồng thuận của các bác sỹ Nội soi mật tụy Nhật Bản, VĐM khi tắc mật tái diễn do stent mất chức năng dẫn lưu được gộp chung vào nhóm biến chứng stent mất chức năng dẫn lưu [7]. Tỷ lệ các biến chứng muộn sẽ tăng lên theo thời gian BN sống thêm sau đặt stent. Tỷ lệ BN có ít nhất 1 biến chứng muộn của nghiên cứu là 35/68 (51,5%) (Bảng 5) với trung vị thời gian sống thêm là 175 ngày. Angela L [3] hồi cứu 96 BN TMDUT mật tụy được điều trị giảm nhẹ có đặt stent ĐM trước khi được điều trị hóa chất. Kết quả cho thấy nguy cơ xuất hiện các biến chứng muộn liên quan đến stent (VĐM hoặc tắc stent) tăng lên theo thời gian theo dõi ở các thời điểm 3, 6, 9, 12, 18 và 24 tháng tương ứng là 11,5%, 32,0%, 48,6%, 59,9% và 79,9%. Tuy nhiên, nhiều yếu tố khác có thể dẫn đến sự khác biệt về tỷ lệ các biến chứng muộn giữa các nghiên cứu như tỷ lệ tắc mật thấp và tắc mật vùng rốn gan, nguyên nhân ung thư gây tắc mật, đặc điểm của stent được sử dụng, đặt stent 1 bên hoặc 2 bên trong tắc mật vùng rốn gan, có thay stent trước khi tắc mật tái diễn hay không.

Stent mất chức năng dẫn lưu

Stent mất chức năng dẫn lưu gây tắc mật tái diễn là hạn chế chủ yếu của tất cả các phương pháp đặt stent ĐM. Ở 68 BN trong nghiên cứu, sau đặt stent lần thứ nhất, tỷ lệ stent mất chức năng dẫn lưu trước khi BN tử vong gộp cả stent KL và stent nhựa là 29/68 (42,6%) BN, trong đó tỷ lệ mất chức năng dẫn lưu của stent KL là 15/48 (31,3%) trường hợp thấp hơn stent nhựa với 14/20 (70,0%) trường hợp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 6). Tỷ lệ stent bị mất chức năng dẫn lưu của chúng tôi tương đương với kết quả phân tích gộp của Zorron PL [9] gồm 13 nghiên cứu với 1133 BN TMDUT. Sau đặt stent thứ nhất, tỷ lệ mất chức năng dẫn lưu của stent KL thấp hơn stent nhựa với tỷ lệ tương ứng là 21,6% và 46,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Tắc stent là nguyên nhân chính làm stent mất chức năng dẫn lưu, chiếm 27/29 (93,1%) trường hợp sau đặt stent lần 1. Tổ chức mới phát triển trong lòng và hoặc trùm đầu gây tắc stent KL ở 13/15 (86,7%) trường hợp. Cặn bùn mật và các thành phần

khác làm bít tắc lòng stent ở tất cả các trường hợp tắc stent nhựa và 2 trường hợp tắc stent KL còn lại. Stent bị dịch chuyển làm mất chức năng dẫn lưu chỉ xảy ra với stent nhựa ở 2 trường hợp sau đặt stent lần 1 (Bảng 7). Kết quả này phù hợp với những kiến thức trong y văn về nguyên nhân làm stent mất chức năng dẫn lưu. Nguyên nhân chủ yếu làm stent KL không bọc mất chức năng dẫn lưu là tắc stent do tổ chức tân sinh phát triển vào trong lòng hoặc trùm lên đầu stent. Nguyên nhân chính làm stent nhựa mất chức năng là tắc trong lòng stent do cặn bùn mật cùng các thành phần khác hoặc stent bị dịch chuyển.

Biến chứng nhiễm khuẩn muộn

Biến chứng nhiễm khuẩn muộn chủ yếu là VDM, xảy ra ở 13/68 (19,1%) BN khi stent thứ nhất còn chức năng dẫn lưu (Bảng 5) và 24/29 (82,8%) trường hợp khi tắc mật tái diễn do stent thứ nhất mất chức năng dẫn lưu (Biểu đồ 1). Tỷ lệ biến chứng VDM khi stent chưa mất chức năng dẫn lưu có xu hướng cao hơn ở nhóm TMDUT vùng rốn gan so với tắc mật thấp nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nhỏ. TMDUT vùng rốn gan typ II, III, IV theo phân loại của Bismuth sẽ không dẫn lưu được toàn bộ các nhánh ĐM trong gan với 1 stent và ngay cả khi sử dụng nhiều stent (typ III, IV). Hơn nữa tổn thương typ I, II có thể chuyển thành typ III, IV trong quá trình tiến triển của bệnh nên đặt stent 2 bên vẫn có thể không đủ để dẫn lưu hoàn toàn các nhánh ĐM trong gan. Các nhánh ĐM còn thông một phần, hoặc đọng thuốc cản quang nhưng không được dẫn lưu đầy đủ là những khu vực dễ nhiễm khuẩn ngược dòng hơn. Những yếu tố nêu trên có thể làm tỷ lệ biến chứng VDM cả sớm và muộn đều vượt trội ở nhóm TMDUT vùng rốn gan so với tắc mật thấp. Nhiễm khuẩn huyết có 11 trường hợp đều ở trong bệnh cảnh VDM xảy ra trước khi stent mất chức năng hoặc khi stent mất chức năng. Viêm túi mật muộn gồm 2 trường hợp tắc mật thấp, sau đặt stent KL với yếu tố nguy cơ tương tự như trường hợp biến chứng sớm viêm túi mật đã nêu.

Các biến chứng sau tái can thiệp đặt stent ĐM qua NSMTND

Sau 27 lượt tái can thiệp đặt stent ĐM qua NSMTND ở 22 BN sau khi stent lần thứ nhất và stent

của các lần can thiệp sau bị mất chức năng dẫn lưu, các biến chứng chủ yếu là stent mất chức năng dẫn lưu và nhiễm khuẩn với tần suất tương tự các biến chứng muộn sau đặt stent lần thứ nhất (Bảng 9). Kết quả này phù hợp với nhận định chung theo y văn là sau tái can thiệp ít khi phát sinh thêm các biến chứng mới liên quan đến quá trình thông vào ĐM và cắt mở cơ Oddi. Tuy nhiên thời gian theo dõi ngắn, số lượng ít nên đây mới chỉ là đánh giá bước đầu.

Các biến chứng muộn ít gặp khác

Hai trường hợp chảy máu muộn từ tổn thương ung thư đầu tụy xâm lấn tá tràng xảy ra trong bệnh cảnh ung thư lan tràn không thể can thiệp thêm, biến chứng này có thể không liên quan đến đặt stent ĐM. Một số trường hợp biến chứng muộn hiếm gặp sau đặt stent ĐM qua NSMTND chủ yếu là các báo cáo trường hợp, chúng tôi chưa gặp trong nghiên cứu này như: Thủng ruột do dịch chuyển của stent, tắc tĩnh mạch cửa sau đặt stent KL, xoắn gập ống mật chủ ở đầu trên của stent KL.

Khi bệnh lý ung thư chưa tiến triển quá nặng, các biến chứng muộn trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở mức trung bình, cần phải vào viện điều trị và đều được kiểm soát tốt bằng điều trị nội khoa kết hợp với tái can thiệp đặt lại stent hoặc các biện pháp dẫn lưu ĐM khác khi có chỉ định. Thay stent định kỳ trước khi xuất hiện triệu chứng tắc mật tái diễn hoặc khi có dấu hiệu VDM có thể giảm thiểu biến chứng nhiễm khuẩn muộn và stent mất chức năng dẫn lưu gây tắc mật tái diễn cũng là một hướng nghiên cứu đáng lưu ý.

5. Kết luận

Biến chứng sớm ở 80 BN đặt stent thành công chiếm 17,5%; trong đó viêm đường mật, viêm tụy cấp, viêm túi mật và chảy máu có tỷ lệ tương ứng là 10,0%, 5,0%, 1,3% và 1,3%. Tỷ lệ biến chứng nhẹ, trung bình tương ứng là 6,3% và 11,3%; không có biến chứng nặng. Tỷ lệ chung của biến chứng muộn sau đặt stent lần 1 ở 68 BN điều trị giảm nhẹ là 51,5%; trong đó tỷ lệ stent mất chức năng dẫn lưu chiếm 42,6%, chủ yếu do tắc stent. Tỷ lệ VDM khi stent chưa mất chức năng dẫn lưu và khi stent bị mất chức năng dẫn lưu tương ứng là 19,1% và

35,3%. Nhiễm khuẩn huyết trong bệnh cảnh VDM chiếm tỷ lệ 16,2%.

Tài liệu tham khảo

1. Bô Y tế (2014) *Nội soi mật tụy ngược dòng can thiệp đặt stent đường mật - tụy*. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 77-81.
2. Võ Xuân Quang (2005) *Vai trò của đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong tắc mật*. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Lamarca A, Rigby C, McNamara MG, Hubner RA, Valle JW (2016) *Impact of biliary stent-related events in patients diagnosed with advanced pancreaticobiliary tumours receiving palliative chemotherapy*. World J Gastroenterol 22(26): 6065-6075.
4. Liberato MJ, Canena JM (2012) *Endoscopic stenting for hilar cholangiocarcinoma: Efficacy of unilateral and bilateral placement of plastic and metal stents in a retrospective review of 480 patients*. BMC Gastroenterology 12(103): 1-12.
5. Committee, Asge Standards of Practice, Chandrasekhara V, Khashab MA et al (2017) *Adverse events associated with ERCP*. Gastrointest Endosc 85(1): 32-47.
6. De Palma GD, Galloro G, Siciliano S, Iovino P, Catanzano C (2001) *Unilateral versus bilateral endoscopic hepatic duct drainage in patients with malignant hilar biliary obstruction: Results of a prospective, randomized, and controlled study*. Gastrointest Endosc 53: 547-553.
7. Isayama H, Hamada T, Yasuda I et al (2015) *Tokyo criteria 2014 for transpapillary biliary stenting*. Dig Endosc 27(2): 259-264.
8. Sangchan A, Kongkasame W, Pugkhem A et al (2012) *Efficacy of metal and plastic stents in unresectable complex hilar cholangiocarcinoma: A randomized controlled trial*. Gastrointest Endosc 76(1): 93-99.
9. Zorron Pu L, de Moura EG Bernardo WM et al (2015) *Endoscopic stenting for inoperable malignant biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis*. World J Gastroenterol 21(47): 13374-13385.