

Kết quả bước đầu xử trí biến chứng đường mật sau ghép gan qua nội soi: khó khăn và kinh nghiệm

Preliminary results of endoscopy management of biliary tract complications after liver transplantation: difficulties and experiences

PHẠM MINH NGỌC QUANG, TRẦN VĂN THÀNH, DƯƠNG MINH THẮNG, NGUYỄN LÂM TÙNG

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Abstract

Background: Liver transplantation has become a life saving procedure for patients with chronic end-stage liver disease and acute liver failure. However, post operative complications can reduce the survival time of liver transplant patients. Even after the advances in transplant patient care and in surgical technique in the last decades, biliary complications remain the most common postoperative technical complication, including: biliary stricture, biliary fistula, bile ducts stone, sphincter of Oddi dysfunction. The estimated incidence of these complications range between 10 and 25 percent in various reports. Most of these patients were treated by endoscopy. However, endoscopic intervention in these patients is still difficult due to anatomical abnormalities that prolong the intervention time, increasing the risk of complications of the procedure. **Objectives:** To present difficulties and remedies we had based on initial experiences at our centre. **Results & Discussion:** Within 3 years from 2019 to 2022, 28 out of 110 liver transplant patients from living-donors have got biliary complications, 25 of them underwent endoscopic intervention, with technical success rate up to 96%, complication rate after intervention was 20.8%, no case of death. In which, biliary stricture was the most common complication, accounting for 84%. The treatment strategy was ERCP dilatation combined with biliary stenting, repeated the intervention every 3 months, the number of stents placed in the following intervention was more than previous intervention. Plastic stents were chosen more than metal stents (18 vs 6), the most times of intervention in a patient were 5 (1 patient), the maximum number of stents placed in an intervention was 4 (4 patients). Some common difficulties: difficult scope intubation, difficult cannulation, stricture negotiation, difficult stenting and stent removal. We share some solutions to overcome these difficulties in order to improve the rate of success and reduce complications after intervention. **Conclusions:** Endoscopic management of patients with biliary complications after liver transplantation should be preferred because of its comprehensiveness, efficacy and safety.

Keywords: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, biliary complications after liver transplantation

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ghép gan đã trở thành một can thiệp cứu cánh cho những bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính giai đoạn cuối và suy gan cấp tính. Tuy vậy, các biến chứng sau phẫu thuật có thể làm giảm thời gian sống của bệnh nhân ghép gan. Ngay cả sau những tiến bộ trong chăm sóc bệnh nhân và kỹ thuật phẫu thuật trong nhiều thập kỷ qua, biến chứng đường mật vẫn là biến chứng kỹ thuật hậu phẫu hay gặp nhất, bao gồm: hẹp đường mật, rò mật, sỏi mật, rối loạn chức năng cơ Oddi. Tỷ lệ ước tính của các biến chứng này ước tính trong khoảng 10% đến 25% trong các báo cáo khác nhau. Đa số các bệnh nhân này đều được điều trị qua nội soi. Tuy nhiên, can thiệp nội soi ở những bệnh nhân này còn gặp nhiều khó khăn do những bất thường về giải phẫu khiến thời gian can thiệp kéo dài, làm tăng nguy cơ tai biến của thủ thuật. **Mục tiêu:** trình bày những khó khăn này và những biện pháp khắc phục chúng dựa trên những kinh nghiệm bước đầu tại trung tâm chúng tôi. **Kết quả và bàn luận:** Trong vòng 3 năm từ 2019 đến 2022, có 28 trong số 110 bệnh nhân ghép gan từ người cho sống gặp các biến chứng liên quan đến đường mật, 25 bệnh nhân trong số đó được can thiệp qua nội soi, với tỷ lệ thành công về kỹ thuật là 96%, tỷ lệ biến chứng sau can thiệp là 20,8%, không có trường hợp nào tử vong. Trong đó, biến chứng hẹp đường mật là thường gặp nhất, chiếm 84%. Chiến lược điều trị đó là can thiệp ERCP nông kết hợp đặt stent đường mật, lặp lại can thiệp mỗi 3 tháng, số lượng stent đặt ở lần can thiệp sau nhiều hơn lần can thiệp trước. Stent nhựa được lựa chọn nhiều hơn stent kim loại (18 so với 6), bệnh nhân được can thiệp nhiều nhất là 5 lần (1 BN), số lượng stent đặt nhiều nhất ở 1 lần can thiệp là 4 (4 BN). Những khó khăn thường gặp: Đặt máy nội soi khó, thông nhú khó, đưa guidewire qua chỗ hẹp khó, đặt stent khó, rút stent khó. Chúng tôi chia sẻ một vài giải pháp để khắc phục những khó khăn đó nhằm nâng cao tỷ lệ can thiệp thành công và giảm tỷ lệ tai biến biến chứng sau can thiệp. **Kết luận:** Xử trí qua nội soi đối với bệnh nhân mắc biến chứng đường mật sau ghép gan nên được ưu tiên hơn do tính toàn diện, hiệu quả và an toàn của nó.

Từ khóa: Nội soi mật tụy ngược dòng, biến chứng đường mật sau ghép gan.

I. Đặt vấn đề

Ghép gan đã trở thành một điều trị cứu cánh cho những bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính giai đoạn cuối và suy gan cấp. Tuy vậy, các biến chứng sau phẫu thuật có thể làm giảm thời gian sống của bệnh nhân ghép gan. Ngay cả với những tiến bộ trong chăm sóc bệnh nhân và kỹ thuật phẫu thuật trong nhiều thập kỷ qua, biến chứng đường mật vẫn là biến chứng hậu phẫu hay gặp nhất, đặc biệt ở những bệnh nhân ghép gan từ người cho sống. Các biến chứng đường mật bao gồm hẹp đường mật, rò mật, sỏi mật, chảy máu đường mật, rối loạn chức năng cơ Oddi. Tỷ lệ ước tính của biến chứng này ước tính trong khoảng 10-25% trong các báo cáo khác nhau. Xử trí qua nội soi thường được ưu tiên hơn cả do tính toàn diện,

hiệu quả và an toàn của nó, làm giảm nguy cơ phẫu thuật và gánh nặng hậu phẫu cho bệnh nhân. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chuyên ngành ghép tạng nói chung và ghép gan nói riêng ngày càng được đẩy mạnh trong những năm gần đây. Những bệnh nhân sau ghép gan gặp phải các biến chứng đường mật, chủ yếu là hẹp đường mật và rò mật, cần được xử trí qua nội soi cũng vì thế mà ngày càng nhiều. Tuy nhiên, can thiệp nội soi ở những bệnh nhân này còn gặp nhiều khó khăn do những bất thường về giải phẫu sau phẫu thuật khiến thời gian can thiệp kéo dài, làm tăng nguy cơ tai biến của thủ thuật. Ở Việt Nam, chưa có nhiều báo cáo về vai trò của nội soi trong điều trị biến chứng đường mật sau ghép gan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện tổng hợp này với mục đích:

Đánh giá kết quả can thiệp nội soi điều trị biến chứng đường mật ở những bệnh nhân sau ghép gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, qua đó chia sẻ những khó khăn và kinh nghiệm khi can thiệp nội soi ở nhóm bệnh nhân này.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

25 bệnh nhân có biến chứng đường mật sau ghép gan được can thiệp qua nội soi tại Bệnh viện TƯQĐ 108, bao gồm 21 bệnh nhân hẹp đường mật và 4 bệnh nhân rò mật. Thời gian: Từ 01/2020 đến 06/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp đường mật hoặc rò mật trên ít nhất một trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, cộng hưởng từ dựng hình cây đường mật, chụp đường mật qua da, chụp đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng).

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ghép gan bất kể từ người cho sống hay người cho chết não, đồng ý thực hiện thủ thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân có tình trạng bệnh lý toàn thân nặng đe dọa tính mạng.

- Bệnh nhân không đồng ý thực hiện thủ thuật.

Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:

- Phương pháp lấy mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân có biến chứng đường mật sau ghép gan đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Olympus Q180 Nhật bản; máy điện quang tăng sáng: C-arm; máy hút; máy cắt đốt; các dụng cụ can thiệp: Catheter, dao cắt cơ thắt, guidewire đường mật, bóng nong đường mật, que nong đường mật, stent đường mật các loại...

III. Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm chung bệnh nhân

- 25 bệnh nhân: Nam: 23/25 (92,0%), nữ: 2/25 (8,0%). Nam/Nữ: 11.5/1.

Tiền sử phẫu thuật ghép gan

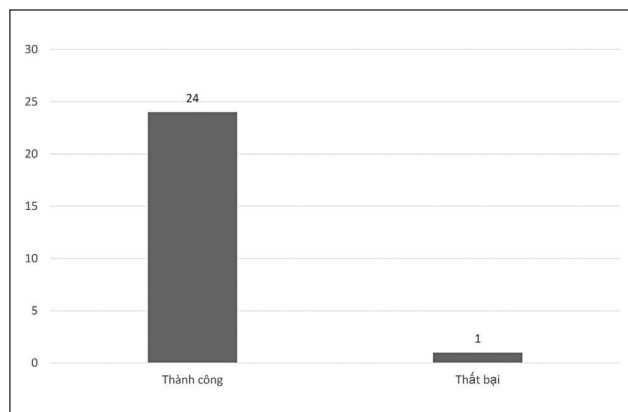
- 25/25 bệnh nhân được ghép gan từ người cho sống (100%).

Về biến chứng đường mật sau ghép gan

Bảng 1. Các biến chứng đường mật sau ghép gan (n=20)

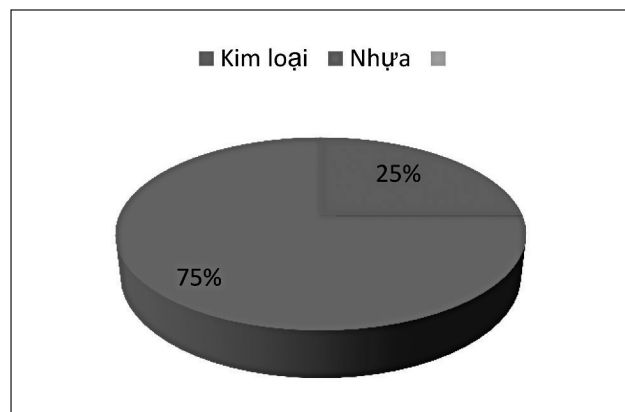
Biến chứng	N	%
Hẹp đường mật	21	84,0
Rò mật	4	16,0
Sỏi ống mật chủ	0	0,0
Rối loạn chức năng cơ Oddi	0	0,0

Nhận xét: Biến chứng đường mật hay gặp nhất sau ghép gan là biến chứng hẹp đường mật (chiếm 84%), rò mật ít gặp hơn (16%). Chưa ghi nhận các biến chứng như sỏi ống mật chủ hoặc rối loạn chức năng cơ Oddi ở nhóm bệnh nhân này.

Kết quả can thiệp**Thành công thông nhú và đặt stent**

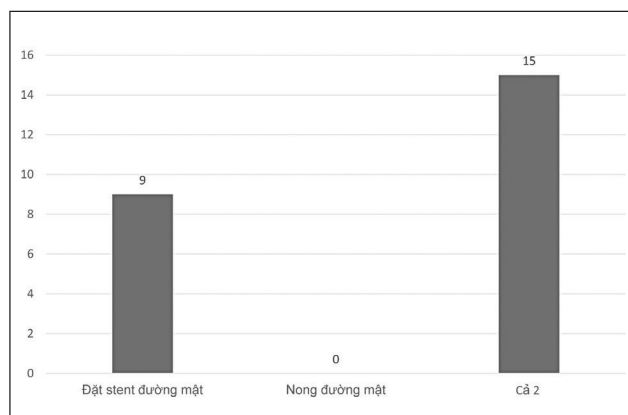
Biểu đồ 1: Kết quả thông nhú (n=25)

Nhận xét: Tỷ lệ thông nhú thành công trong nội soi mật tụy ngược dòng điều trị biến chứng đường mật ở bệnh nhân sau ghép gan là 96% (24/25 bệnh nhân).

Lựa chọn loại stent

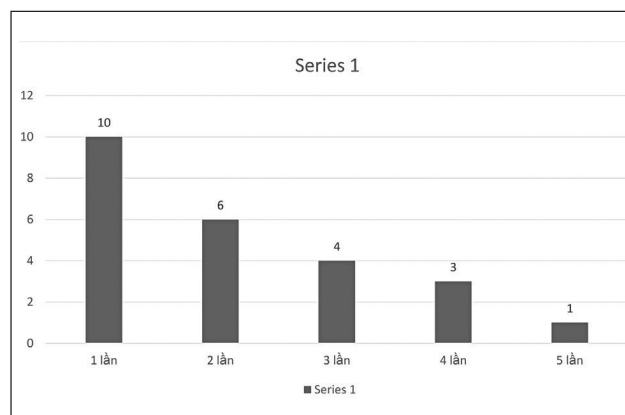
Biểu đồ 3: Lựa chọn loại stent (n = 24)

Nhận xét: 16/24 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 75%) được lựa chọn stent nhựa trong can thiệp nội soi điều trị biến chứng đường mật sau ghép gan. Tỷ lệ sử dụng stent kim loại chỉ chiếm 25%.

Lựa chọn phương pháp can thiệp

Biểu đồ 2: Phương pháp can thiệp (n=24)

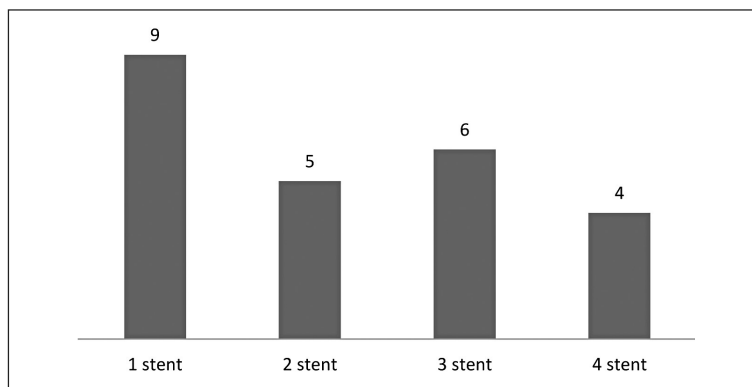
Nhận xét: đa số các bệnh nhân có biến chứng đường mật sau ghép gan được điều trị qua nội soi kết hợp cả nong đường mật và đặt stent, chiếm 62.5%. Đặt stent đơn thuần chiếm 37.5%. Không có trường hợp nào chỉ áp dụng nong đường mật đơn thuần.

Số lần can thiệp

Biểu đồ 4: Số lần can thiệp của BN (n =24)

Nhận xét: Có 10/24 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 41.6%) mới trải qua 1 lần can thiệp. Có 6 bệnh nhân được can thiệp 2 lần, 4 bệnh nhân can thiệp 3 lần, 3 bệnh nhân can thiệp 4 lần và 1 bệnh nhân can thiệp 5 lần. Chưa có trường hợp nào được can thiệp trên 5 lần.

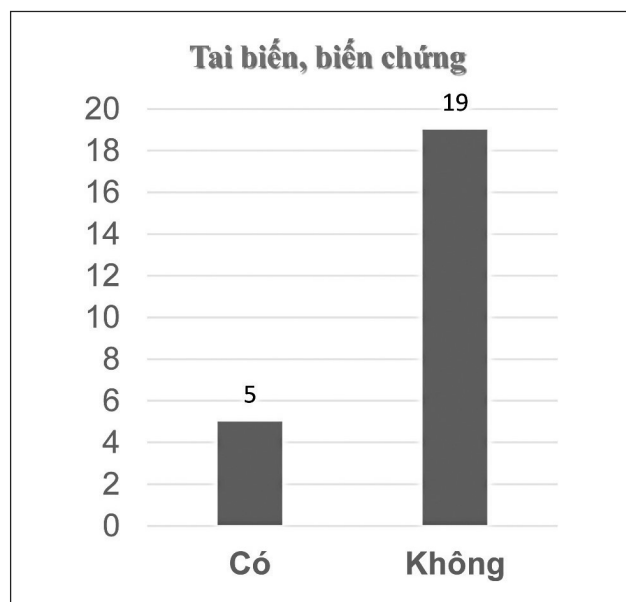
Số lượng stent đặt ở lần can thiệp gần nhất.



Biểu đồ 5: Số lượng stent đặt ở lần can thiệp gần nhất (n = 24)

Nhận xét: Ở lần can thiệp gần nhất của 24 bệnh nhân, có 9/24 bệnh nhân can thiệp (chiếm 37.5%) đặt 1 stent, 5 bệnh nhân đặt 2 stent, 6 bệnh nhân đặt 3 stent và 4 bệnh nhân đặt 4 stent.

Tai biến, biến chứng can thiệp



Biểu đồ 6: Tai biến, biến chứng kỹ thuật (n=24)



Biểu đồ 7: Các loại biến chứng (n=5)

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến, biến chứng của nội soi mật tụy ngược dòng điều trị biến chứng đường mật sau ghép gan là 20,8%. Trong số các biến chứng, nhiễm khuẩn huyết là biến chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 60%.

Khó khăn can thiệp

Khó khăn	n	%
Đặt máy soi khó	11	45,8
Thông nhú khó	7	29,2
Đưa guidewire qua chỗ hẹp khó	8	33,3
Đặt stent khó	4	16,7
Rút stent khó	4	16,7
Tai biến, biến chứng	5	20,8

IV. Bàn luận

Đặc điểm chung bệnh nhân

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là nam giới, do tỷ lệ mắc các bệnh gan mạn tính và ung thư gan ở nam giới cao hơn nhiều ở nữ giới. Trong 2 bệnh nhân nữ trong nghiên cứu, có 1 bệnh nhân ghép gan vì suy gan cấp do đợt bùng phát viêm gan B, 1 bệnh nhân nhi còn lại do xơ gan mật nguyên phát.

Tiền sử phẫu thuật ghép gan

Cả 25 bệnh nhân trong nghiên cứu đều là ghép gan từ người cho sống. Bệnh viện trung ương Quân đội 108 là đơn vị chủ yếu ghép gan từ người cho sống, có số bệnh nhân ghép gan từ người cho sống cao nhất cả nước. Do đặc thù ghép gan từ người cho sống cần bảo toàn tối đa đường mật cho người hiến, vì vậy bệnh nhân sau ghép gan thường dễ gặp phải các biến chứng đường mật hơn so với ghép gan từ người cho chết não. Tỷ lệ gặp biến chứng đường mật sau ghép gan từ người cho sống dao động từ 15 – 30% theo nhiều nghiên cứu,

trong khi ở người cho chết não là từ 10 – 15%.

Về biến chứng đường mật sau ghép gan.

Biến chứng đường mật sau ghép gan hay gặp nhất là biến chứng hẹp đường mật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng hẹp đường mật chiếm tới 84%, biến chứng rò mật chỉ chiếm tỷ lệ 16%.

Về biến chứng sỏi mật, chưa ghi nhận trường hợp nào cần can thiệp qua nội soi mật tụy ngược dòng. Đối với những trường hợp hẹp đường mật là yếu tố nguy cơ hình thành sỏi mật, trong quá trình thay stent và kiểm tra đường mật 3 tháng/lần, chúng tôi đều tiến hành dùng bóng vượt sạch đường mật, do đó sỏi không đủ thời gian để hình thành. Cũng có 1 vài trường hợp được báo cáo có sỏi mật sau ghép gan, tuy nhiên đều là các trường hợp sỏi đường mật trong gan, không có chỉ định can thiệp qua nội soi mật tụy ngược dòng.

Tương tự vậy, chúng tôi cũng chưa gặp phải biến chứng rối loạn chức năng cơ Oddi sau ghép gan.

Kết quả can thiệp

Thành công thông nhú và đặt stent

Mặc dù việc phẫu thuật có thể làm biến đổi cấu trúc giải phẫu và gây khó khăn hơn trong việc thông nhú, tỷ lệ thông nhú và đặt stent thành công của chúng tôi vẫn đạt 96%. Tuy vậy, 29,1% trong số đó (7/24 BN), việc thông nhú rất khó khăn. Trong đó, có 3/7 trường hợp thông nhú khó thất bại ở lần can thiệp đầu tiên mặc dù đã tiến hành cắt trước. Chúng tôi phải tiến hành can thiệp nội soi lần thứ 2 (cách lần can thiệp đầu 3-5 ngày) mới có thể thông nhú thành công. Trường hợp thất bại can thiệp duy nhất của chúng tôi là do mặc dù đã thông nhú thành công nhưng do đường mật hẹp khít, guidewire không thể đi qua được chỗ hẹp nên không thể tiến hành can thiệp các bước tiếp theo. BN này sau đó đã phải phẫu thuật nối mật – ruột.

Tỷ lệ thông nhú thành công của chúng tôi cao hơn một số tác giả nước ngoài như Tabibian (65/69), có thể do số lượng bệnh nhân can thiệp của chúng tôi còn chưa nhiều (chỉ 25 BN).

Lựa chọn phương pháp can thiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 9/24 BN chỉ lựa chọn đặt stent đường mật mà không kết hợp nong đường mật. Đây chủ yếu là những trường hợp điều trị rò mật, hoặc những trường hợp chỉ lựa chọn đặt 1 stent, đường mật không quá hẹp. Còn lại 15/24 BN, chiếm đa số, chúng tôi lựa chọn nong đường mật kết hợp đặt stent đường mật. Mục đích nong đường mật trước là để đường mật giãn rộng hơn, thuận lợi cho việc đặt stent đường mật, nhất là những trường hợp đặt nhiều stent.

Lựa chọn loại stent

Có 18 bệnh nhân chúng tôi lựa chọn đặt stent nhựa, trong khi chỉ 6 bệnh nhân được đặt stent kim loại. Sở dĩ là do thời gian đầu, kinh nghiệm còn ít, chúng tôi chủ yếu lựa chọn stent kim loại vì độ bền tốt hơn so với stent nhựa. Tuy nhiên, trong quá

trình tái can thiệp, chúng tôi nhận thấy stent kim loại rất khó rút, có 4/6 bệnh nhân đặt stent kim loại không thể rút được qua nội soi, trong đó 2 bệnh nhân phải tiến hành phẫu thuật để rút stent. Sau đó chúng tôi chỉ dùng stent nhựa để can thiệp cho BN có biến chứng đường mật sau ghép gan vì stent nhựa dễ dàng rút qua nội soi, chi phí rẻ hơn. Tuy nhiên, nhược điểm là stent nhựa rất dễ di lệch, do vậy nhiều bệnh nhân đến tái khám lại nhưng không còn stent trong đường mật, dẫn đến hiệu quả điều trị chưa đạt được tối đa. Do vậy, không nên chỉ đặt 1 stent nhựa để hạn chế việc di lệch stent.

Số lượng stent đặt ở lần can thiệp gần nhất và số lần can thiệp

Đối với nhóm bệnh nhân rò mật, hầu hết chỉ cần can thiệp 1 lần là giải quyết được tình trạng rò mật. ERCP với đặt stent nhựa (có hoặc không cắt cơ thắt) có tỷ lệ giải quyết rò rỉ mật cao hơn so với nội soi cắt cơ thắt đơn thuần (94 so với 58% theo tác giả Sendino O 2018). Thời gian đặt stent nhựa là khoảng hai đến ba tháng, lâu hơn so với điều trị rò mật sau phẫu thuật cắt túi mật hoặc cắt gan, vì có thể tiềm ẩn nguy cơ chậm lành thương liên quan đến ức chế miễn dịch.

Với nhóm bệnh nhân hẹp đường mật, số lần can thiệp nhiều hơn. Thời gian xuất hiện biến chứng hẹp đường mật càng sớm thì đáp ứng với điều trị nội soi càng tốt, do hẹp đường mật muộn thường do thiếu máu cục bộ, khả năng chưa lành kém. Chiến lược: đặt stent nhiều lần, thay đổi stent với kích cỡ và số lượng tăng dần. Mục tiêu: tránh tắc stent và viêm đường mật, tăng đường kính đoạn hẹp. Theo nhiều khuyến cáo, nên can thiệp nội soi 3 tháng/lần và kéo dài trong 12 – 18 tháng với kích thước bóng nong và số lượng stent tăng dần ở những bệnh nhân hẹp đường mật sau ghép gan, tùy thuộc vào mức độ hẹp, thời điểm xuất hiện hẹp đường mật gần hay xa thời điểm được ghép gan. Theo

nghiên cứu của tác giả Tabibian và cộng sự năm 2010, với 1 BN có biến chứng đường mật sau ghép gan, thời gian điều trị trung bình là 15 tháng, số lượng stent cho mỗi lần can thiệp là 3 stent và số lần can thiệp trung bình cho mỗi BN là 2,5 lần.

Tuy vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN đặt 1 stent và can thiệp 1 lần lại chiếm tỷ lệ lớn nhất. Giải thích cho điều này, trong số 10 BN được can thiệp chỉ 1 lần, có 2 BN khỏi rò mật sau 1 lần can thiệp, 3 BN khỏi hẹp đường mật sau 1 lần can thiệp (trong đó có 2 BN đặt stent kim loại), 3 BN tử vong không liên quan đến tai biến nội soi mật tụy ngược dòng lần 1, 2BN chuyển sang phẫu thuật. 9 BN đặt 1 stent bao gồm 2 BN rò mật hết rò sau đặt 1 stent nhựa, 6 BN đặt 1 stent kim loại, 1 BN nhẹ đáp ứng tốt chỉ sau 1 lần can thiệp.

Tai biến biến chứng

Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau can thiệp ở nhóm BN sau ghép gan trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (khoảng 20,8%). Tỷ lệ này cao liên quan chủ yếu đến việc dùng thuốc của BN sau ghép gan: Thuốc ức chế miễn dịch, thuốc chống đông... Ngoài ra, thời gian can thiệp kéo dài cũng là 1 nguyên nhân dẫn đến tăng tỷ lệ biến chứng ở nhóm BN này. Trong đó, biến chứng nhiễm khuẩn là thường gặp nhất (60%), biến chứng viêm tụy cấp và chảy máu tiêu hóa chiếm 20%.

Để hạn chế biến chứng nhiễm khuẩn, ngoài việc kiểm soát việc khử khuẩn, khử trùng của máy nội soi và dụng cụ, trong quá trình làm can thiệp, chúng tôi hút dịch mật trước để cấy dịch mật, hạn chế bơm can quang vào đường mật và dẫn lưu nhiều nhất có thể các nhánh đường mật.

Về biến chứng viêm tụy cấp, có thể hạn chế bằng nhiều cách, cả trong và sau can thiệp. Trong can thiệp, nếu tác động vào ống tụy nhiều, có thể đặt stent tụy và đặt Voltaren hậu môn để dự phòng viêm tụy cấp. Sau can thiệp, cần cho BN

nhịn ăn, theo dõi sát và xử trí kịp thời trong 24-48 giờ đầu.

Chảy máu tiêu hóa cũng là một biến chứng có thể gặp sau can thiệp, đặc biệt ở nhóm BN có dùng thuốc chống đông. Do vậy, cần lưu ý đến chức năng đông cầm máu của BN trước khi can thiệp. Quá trình can thiệp, khi cắt cơ Oddi cần kiểm soát tốt đường cắt. Theo dõi tính chất nôn và phân của BN để kịp thời phát hiện biến chứng chảy máu tiêu hóa sau can thiệp.

Khó khăn và kinh nghiệm

Can thiệp qua ERCP ở nhóm bệnh nhân sau ghép gan có rất nhiều khó khăn, làm kéo dài thời gian thủ thuật cũng như tăng nguy cơ tai biến, biến chứng của bệnh nhân.

Đặt máy soi khó

Đây là khó khăn thường gặp nhất ở trung tâm chúng tôi, chiếm tới 45,8% số BN được can thiệp ERCP (11/24BN), là những trường hợp thời gian đặt máy trên 15 phút, thậm chí có trường hợp thời gian đặt máy lâu nhất kéo dài gần 2 tiếng. Điều này có thể giải thích bởi việc biến đổi giải phẫu sau phẫu thuật ghép gan. Hầu hết những trường hợp này gặp khó khăn ở đoạn máy nội soi nhìn bên đi qua môn vị. Giải pháp khắc phục của chúng tôi đó là cố gắng đưa máy men theo bờ cong nhỏ, cố gắng rút ngắn máy nếu có thể, hạn chế bơm hơi. Thậm chí, một vài trường hợp cần thay đổi tư thế và có hỗ trợ ép bụng để đưa máy sỏi qua được môn vị.

Thông nhú khó

Thông nhú là một khó khăn thường gặp ở ERCP nói chung và ở ERCP trên BN ghép gan nói riêng, là những trường hợp không thông nhú được sau 5 lần thử thông nhú hoặc thời gian thông nhú kéo dài trên 10 phút. Những trường hợp thông nhú khó khăn thường do đặc điểm giải phẫu bất thường của núm Vater như lỗ núm nhỏ, núm dài và nhiều nếp gấp (dạng đàn xẹp), túi thừa cạnh núm.... Trong những trường hợp

thông như khó khăn, chúng ta nên cân nhắc sử dụng các phương pháp thông như hỗ trợ nhằm nâng cao tỷ lệ thông như thành công. Các phương pháp đó là: double guidewire, đặt stent tụy trước, cắt trước, Rendez vous..., thậm chí có thể dùng can thiệp và thử lại sau 3 – 5 ngày.

Đưa guidewire qua chỗ hẹp khó

Đường kính đoạn hẹp nhỏ, chiều dài đoạn hẹp kéo dài, bất tương xứng giữa đoạn trước và sau miệng nối lớn, có 2 miệng nối đường mật, ... là những nguyên nhân dẫn đến việc đưa guidewire qua chỗ hẹp khó khăn. Việc thay đổi các loại guidewire khác nhau và các dụng cụ hỗ trợ như catheter xoay đầu (swing tips), catheter 2 nòng, bóng kéo, khoan đường mật, ... rất có ích trong những trường hợp này. Điều này ngoài kinh nghiệm của các nhà nội soi, còn đòi hỏi sự đa dạng dụng cụ tại các trung tâm can thiệp nội soi.

Đặt stent khó

Chủ yếu do việc lựa chọn loại và số lượng stent không phù hợp, không nong rộng đoạn hẹp trước khi đặt stent. Để khắc phục khó khăn này, giải pháp tốt nhất đó là nong đoạn hẹp rộng rãi trước khi tiến hành đặt stent. Một vài trường hợp hẹp khít, sau khi đưa được guidewire qua chỗ hẹp, cần nong bằng que nong các cỡ sau đó mới nong bổ sung bằng bóng nong dưới hướng dẫn của C-arm. Khi tiến hành đặt stent, cũng cần lựa chọn số lượng và loại stent phù hợp với tính chất đoạn hẹp. Việc lựa chọn nhiều stent có thể gây khó khăn trong quá trình đặt stent, nhưng ngược lại, nếu đặt không đủ stent có thể làm di lệch stent, làm hiệu quả can thiệp không được như mong muốn.

Rút stent khó

4 trường hợp rút stent khó của chúng tôi đều là những trường hợp đặt stent kim loại. Do vậy, khi lựa chọn đặt stent kim loại, ngoài việc lựa chọn stent có vỏ bọc, cần hướng dẫn bệnh nhân tái

khám và rút stent đúng thời gian quy định (thường trước 3 tháng). Giải pháp an toàn hơn đó là lựa chọn stent nhựa. Tỷ lệ rút thành công stent nhựa của chúng tôi là 100%.

V. Kết luận

Qua nghiên cứu nội soi mật tụy ngược dòng điều trị biến chứng đường mật sau ghép gan ở 20 bệnh nhân tại BVTƯQĐ 108 từ tháng 01/2020 đến 06/2022 chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Nội soi mật tụy ngược dòng nên được ưu tiên trong xử trí các biến chứng đường mật sau ghép gan với tỷ lệ thành công cao và mức độ xâm lấn thấp.
- Thời gian thủ thuật nội soi ở nhóm BN sau ghép gan thường kéo dài do những khó khăn trong quá trình can thiệp và tiềm ẩn nhiều nguy cơ tai biến, do đó cần có chiến lược can thiệp hợp lý, trang bị đa dạng các loại dụng cụ chuyên dụng và bác sĩ can thiệp có kinh nghiệm.
- Cần theo dõi chặt chẽ và có kế hoạch tái khám, điều trị cụ thể cho BN.

Tài liệu tham khảo

1. Thuluvath PJ, Atassi T, Lee J. An endoscopic approach to biliary complications following orthotopic liver transplantation. *Liver Int* 2003; 23:156.
2. Seehofer D, Eurich D, Veltzke-Schlieker W, Neuhaus P. Biliary complications after liver transplantation: old problems and new challenges. *Am J Transplant* 2013; 13:253.
3. Tabibian JH, Asham EH, Han S, et al. Endoscopic treatment of postorthotopic liver transplantation anastomotic biliary strictures with maximal stent therapy (with video). *Gastrointest Endosc* 2010; 71:505.
4. Rerknimitr R, Sherman S, Fogel EL, et al. Biliary tract complications after orthotopic liver transplantation with choledochostomy

- anastomosis: endoscopic findings and results of therapy. *Gastrointest Endosc* 2002; 55:224
5. Verdonk RC, Buis CI, van der Jagt EJ, et al. Nonanastomotic biliary strictures after liver transplantation, part 2: Management, outcome, and risk factors for disease progression. *Liver Transpl* 2007; 13:725.
 6. Sendino O, Fernández-Simon A, Law R, et al. Endoscopic management of bile leaks after liver transplantation: An analysis of two high-volume transplant centers. *United European Gastroenterol J* 2018; 6:89.