

So sánh phương pháp thông nhú có đục lỗ bằng dao kim và thông nhú thông thường trong nội soi mật-tụy ngược dòng

A comparison between needle knife infundibulotomy and standard papillary cannulation of bile duct in ERCP

TRẦN NHƯ NGUYỄN PHƯƠNG, NGUYỄN VĂN TRƯỜNG, LÊ PHƯỚC ANH, NGUYỄN VĂN DUY, PHẠM NHƯ HIỂN

Khoa nội soi, Bệnh viện Trung ương Huế

Abstract

Background: Biliary cannulation is a critical step in diagnosis and treatment of the biliopancreatic diseases during ERCP. Catheter introduction through the papillary ostium fails in 5% to 20% of the patients. Several alternatives can be used for difficult cases, such as double-guidewire, precut papillotomy, infundibulotomy, pancreatic stent, rendezvous, etc. Among them, infundibulotomy is the method that our hospital often applies and is quite successful in rescuing difficult cases. **Objectives:** The aim of this study is to compare two methods of biliary cannulation in ERCP, needle knife infundibulotomy (NKI) and standard papillary cannulation (SPC), on their respective cannulation success and complications rates. **Subjects and Methods:** From June 2019 to June 2021, interventional ERCP were performed in Hue Central Hospital on 208 consecutive patients (72 males, 136 females, mean age 56.4 years), divided in 2 groups: Group A including 106 patients, cannulated by suprapapillary infundibulotomy with needle-knife (NKI); Group B including 102 patients, cannulated by standard papillary cannulation (SPC). No patient had previous sphincterotomy.

Indications for the procedure were: biliary stones, other biliary obstruction diseases, post-surgical bile leakage... Interventional procedures were: sphincterotomy, balloon dilation, stone extraction, lithotripsy, biliary stent.

Follow-up and complications: acute pancreatitis by amylase-lipase measures before and after intervention; other complications as bleeding, perforation, cholangitis were also noticed. **Results:** Success rates of bile duct cannulation: group A 94.3% (100/106 cases); group B 79.4% (81/102 cases). In this group B, 20 cannulation attempts (19.6%) failed and was shifted to needle knife infundibulotomy (NKI), with 14 successes (13.7%).

Complications: group A had overall complications in 5.7% of the patients (6/106 cases); group B complication rate was 22.5% (23/102 cases):

Group A: 1 perforation, 1 bleeding and 4 mild acute pancreatitis

Group B: 1 perforation, 3 bleedings, 19 mild-moderate-severe acute pancreatitis.

Conclusion: Needle knife infundibulotomy (NKI) was more successful in bile duct cannulation than standard papillary cannulation (SPC), and had a much lower chance of acute pancreatitis as complication.

This method may be chosen as the first approach to cannulation, or in rescue in case of unsuccessful standard papillary cannulation (SPC).

Keys words: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

Needle Knife Infundibulotomy (NKI), Standard Papillary Cannulation (SPC).

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thông nhú đường mật là bước quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh đường mật-tụy trong nội soi ngược dòng (ERCP). Phương pháp thông nhú cơ bản thường có tỉ lệ thất bại từ 5 đến 20% trong tổng số ca. Điều này đòi hỏi phương pháp sử dụng được cho trường hợp khó khăn, như dùng đồng thời hai dây dẫn tụy-mật, cắt trước ở nhú, chọc phễu trên nhú, đặt trước stent tụy, rendezvous (hẹn gặp),... Trong đó chọc phễu trên nhú là phương pháp mà bệnh viện chúng tôi thường hay áp dụng và khá thành công khi giải cứu những ca khó. **Mục tiêu:** So sánh tỷ lệ thành công và biến chứng giữa hai phương pháp thông đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP): thông nhú có đục lỗ phễu bằng dao kim (Needle Knife Infundibulotomy - NKI) và thông nhú thông thường (Standard Papillary Cannulation - SPC). **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Từ 6/2019 - 6/2021 tại BV TƯ Huế, có 208 bệnh nhân (72 nam, 136 nữ, tuổi trung bình 56.4) được chẩn đoán và can thiệp bằng nội soi mật tụy ngược dòng. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm A gồm 106 bệnh được thông đường mật theo phương pháp thông nhú có đục lỗ phễu bằng dao kim (NKI), nhóm B gồm 102 bệnh theo phương pháp thông nhú thông thường (SPC). Các bệnh nhân đều chưa có tiền sử phẫu thuật, cắt cơ vòng.

Chỉ định làm ERCP gồm có: sỏi đường mật, bệnh lý tắc nghẽn đường mật khác và rò mật sau phẫu thuật. Thủ thuật can thiệp tùy trường hợp như: thông nhú, cắt cơ vòng, nong đường mật, lấy - tán sỏi, đặt stent đường mật.

Bệnh nhân sau ERCP được theo dõi qua mức men tụy (amylase-lipase) trước và sau thủ thuật, những tai biến và biến chứng: viêm tụy cấp, xuất huyết, thủng, nhiễm trùng đường mật... đều được ghi nhận.

Kết quả: Tỷ lệ thành công thông nhú vào ống mật chủ (OMC): nhóm A 94.3% (100/106 ca), nhóm B 79.4% (81/102 ca). Trong nhóm B, 20 ca (19.6%) thất bại với phương pháp thông nhú thông thường (SPC) được chuyển sang phương pháp thông nhú có đục lỗ phễu bằng dao kim (NKI), thì đạt thành công thêm 14 ca (13.7%).

Biến chứng chung: của nhóm A 5.7% (6/106 ca), nhóm B 22.5% (23/102 ca):

Nhóm A: 1 ca thủng, 1 ca chảy máu và 4 ca viêm tụy cấp nhẹ.

Nhóm B: 1 ca thủng, 3 ca chảy máu và 19 ca viêm tụy cấp nhẹ, vừa và nặng.

Kết luận: Phương pháp thông nhú có đục lỗ phễu bằng dao kim (NKI) đạt được tỷ lệ thành công thông đường mật cao và gây biến chứng viêm tụy cấp sau ERCP thấp hơn nhiều so với phương pháp thông nhú thông thường (SPC).

Phương pháp này cho phép lựa chọn hoặc sử dụng ngay từ đầu, hoặc sử dụng thay thế để giải cứu khi thông nhú thông thường (SPC) gặp khó khăn.

Từ khóa: Nội soi mật-tụy ngược dòng can thiệp, thông nhú có đục lỗ phễu bằng dao kim, thông nhú thông thường.

I. Đặt vấn đề

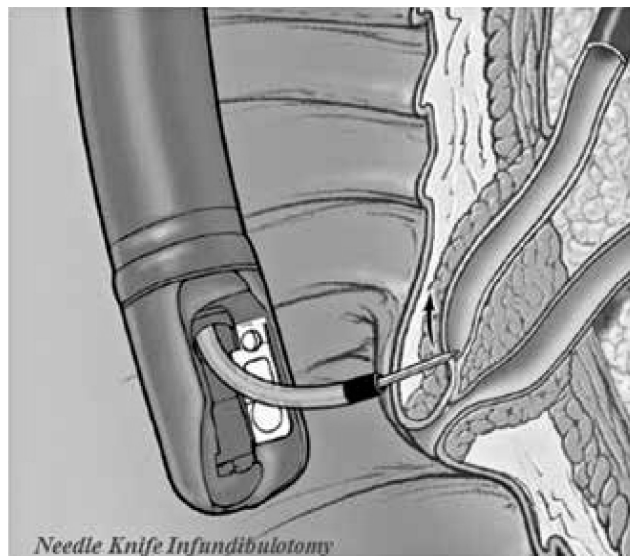
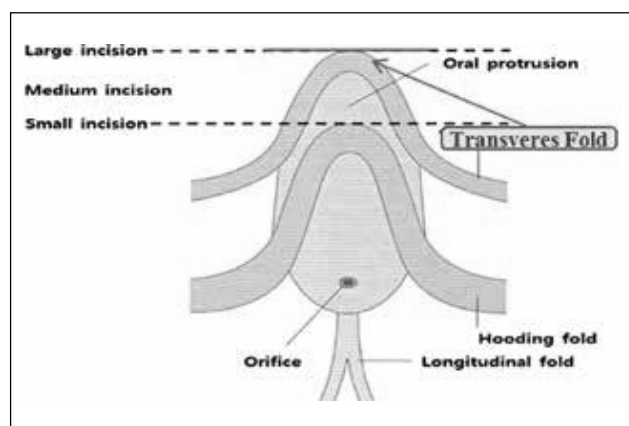
Năm 1978, Caletti cùng cộng sự báo cáo lần đầu tiên về phương pháp cắt trước miệng nhú bằng dao kim – (Precut Fistulotomy PF). Năm 1980, Siegel cùng cộng sự có báo cáo về các phương pháp cắt trước bằng dao cung (precut papillotomy) trong những trường hợp thông nhú khó khăn. Đã có vài

thống kê của Huibregtse về sử dụng dao kim cắt qua nhú vào đường mật năm 1986.(11)

Đến năm 2005, tác giả Freeman và Guda nghiên cứu tổng hợp các phương pháp cắt trước cho những ca thông nhú thông thường (SPC) thất bại và kết luận các phương pháp cắt trước thành công hơn, nhưng điều này tùy thuộc vào kỹ năng

kinh nghiệm của bác sĩ nội soi (7). Cho đến nay trên thế giới đã có nhiều tạp chí khoa học báo cáo về precut fistulotomy trong ERCP (2),(3).

Tại Bệnh viện Trung Ương Huế, nội soi mật-tụy ngược dòng phát triển từ năm 1996, hằng năm có 150 ca ERCP được thực hiện. Trước đây thỉnh thoảng thông nhú thông thường (SPC) khó khăn, mới cân nhắc thông nhú theo phương pháp "thông nhú có đục lỗ phễu bằng dao kim"- (NKI), nhưng vài năm trở lại đây phương pháp này áp dụng thường quy hơn, vì đạt tỷ lệ thành công thông nhú cao và ít xảy ra biến chứng viêm tụy.



Năm 2010, GS Trịnh Đình Hỷ (Orleans - Pháp) bắt đầu hướng dẫn đục phễu bằng dao kim tại Bệnh viện Trung Ương Huế. Để áp dụng một cách thường quy, từ năm 2018 chúng tôi

tiến hành nghiên cứu độ an toàn và hiệu quả của phương pháp NKI khi lựa chọn áp dụng ngay từ đầu cho những bệnh nhân được đánh giá có nguy cơ thông nhú khó. Qua đó tiến hành so sánh tỷ lệ thành công giữa hai phương pháp thông nhú "cắt phễu bằng dao kim" và "thông nhú thông thường" trên 2 nhóm độc lập được lựa chọn ngẫu nhiên liên tiếp.

Hiện nay, ở Việt Nam thông nhú trong ERCP bằng phương pháp NKI chưa phổ biến. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

Nghiên cứu so sánh tỷ lệ thành công thông nhú của NKI và SPC.

Đánh giá phương pháp thông nhú NKI làm giảm biến chứng sau ERCP.

II. Đối tượng

Từ tháng 6/2019 đến 6/2021, chúng tôi đã nghiên cứu trên mẫu 208 bệnh nhân được chỉ định làm ERCP tại Bệnh viện Trung Ương Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Người trưởng thành (tuổi 22-93, cả hai giới)
- Các bệnh nhân có chẩn đoán: sỏi ống mật chủ (OMC), sỏi đường mật, bệnh lý tắc nghẽn đường mật khác, rò mật sau phẫu thuật ...
- Bệnh có TS phẫu thuật, nhưng còn nguyên hình thái cấu trúc nhú (2),(10).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tắc nghẽn hay hẹp bệnh lý tá tràng, tiền sử Billroth II, Roux-en Y...
- Có tiền sử ERCP trước đó (đã cắt cơ vòng Oddi) hoặc tiền sử điều trị phẫu thuật có tạo lỗ rò mật-ruột hay nông cơ vòng (9).
- Rối loạn chức năng đông chảy máu, hoặc sử dụng chống đông.
- Phụ nữ mang thai, cho con bú.
- Từ chối tham gia nghiên cứu. (2)(10)

III. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp.

Phương tiện:

- Máy nội soi Olympus CV190, ống soi tá tràng nhìn bên TJF150
- Dao điện Erbevio 200S, máy chụp C-arm

- Các dụng cụ tiêu hao gồm: dao cung, dao kim, dây dẫn, bóng kéo sỏi, rọ kéo sỏi, bóng nong cơ vòng, kim chích cầm máu, hemoclip, thuốc cản quang...

Cỡ mẫu:

Mẫu 208 bệnh chia ngẫu nhiên thành hai nhóm:

- Nhóm A (106 ca): thông nhú có đục lỗ phễu bằng “dao kim”
- Nhóm B (102 ca): thông nhú thông thường “dao cung - dây dẫn”

Phương pháp tiến hành:

- Chuẩn bị bệnh nhân có chỉ định ERCP được làm đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu (amylase-lipase máu...), siêu âm bụng, CT S-can, siêu âm nội soi...

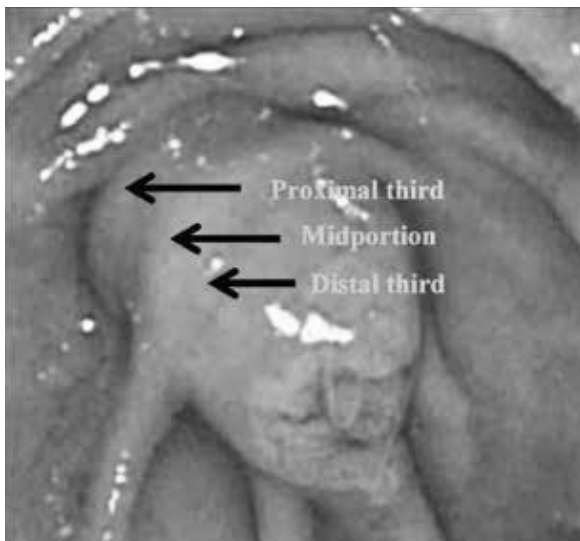
- Giải thích cho bệnh nhân, người nhà và đồng ý cam đoan làm thủ thuật.

- Tại bệnh viện chúng tôi, ERCP thực hiện tại phòng mổ, bệnh nhân nằm ở tư thế nghiêng trái hơi sấp, được gây mê nội khí quản trong quá trình can thiệp.

Mô tả quy trình can thiệp:

- Phương pháp “đục lỗ phễu bằng dao kim” (nhóm A):

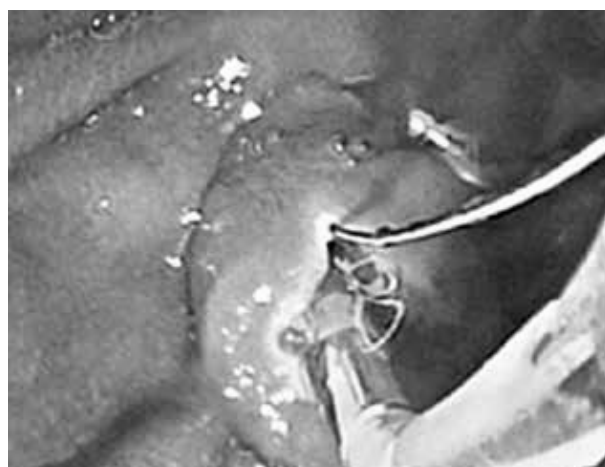
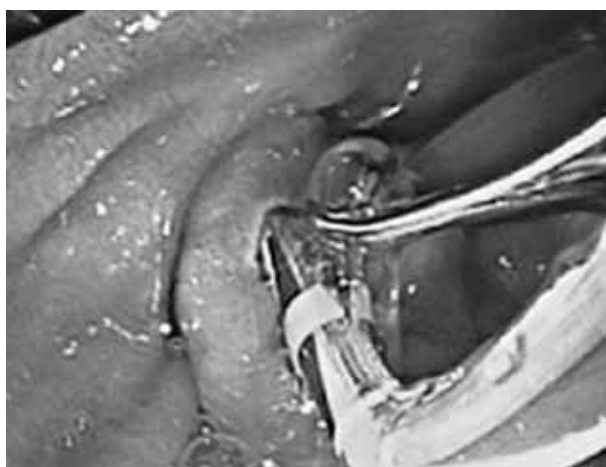
Đặt ống soi tá tràng đến DII bộc lộ nhú, đánh giá hình thái cấu trúc nhú. Sử dụng dao kim (có độ dài mũi kim 4 mm) để tạo đường cắt nhỏ trên đỉnh nhú từ trên xuống dưới, hoặc từ dưới lên trên, với đường cắt từ nông đến sâu. Đường cắt trên nhú tạo phễu ở vị trí 1/3 trên đỉnh nhú, rạch nhỏ bằng dao kim trên bề mặt niêm mạc, rồi cắt mở sâu dần xuống qua lớp dưới niêm mạc, lớp cơ đến lòng ống mật chủ. Khi có xuất hiện của dịch mật hay bùn mật chảy ra, hoặc thấy lớp niêm mạc ống mật chủ, thì không cắt tiếp. Sau khi mở được đoạn 1/3 trên đỉnh nhú, tiến hành thông nhú vào ống mật chủ qua phễu vừa tạo ra bằng dao cung và dây dẫn (một số trường hợp vẫn tiếp tục dùng dao kim có sẵn dây dẫn và kênh bơm thuốc để thông nhú). Bơm cản quang chụp đường mật, tiếp tục mở rộng phễu hướng 11-12 h theo trục nhú bằng dao cung, đường mở nhỏ hay lớn tùy thuộc vào mục đích ERCP. (3),(8),(10),(12).



Phương pháp “thông nhú thông thường” (nhóm B):

Đặt ống soi tá tràng đến DII bộc lộ và đánh giá hình thái của nhú, dùng dao cung kèm dây dẫn thông qua miệng nhú để vào ống mật chủ (một số trường hợp thất bại thì thử lặp lại liên tiếp 4 đến

5 lần, sau đó mới chuyển sang áp dụng phương pháp cắt phễu). Sau khi thông nhú thành công thì chụp đường mật, tiếp tục mở rộng miệng nhú hướng 11-12h theo trục nhú bằng dao cung, đường mở nhỏ hay lớn tùy thuộc vào mục đích can thiệp ERCP. (3),(7),(12).



Theo dõi bệnh sau thủ thuật:

Sau ERCP tất cả bệnh nhân đều được đánh giá viêm tụy với các xét nghiệm amylase, lipase, CRP.../máu. Trong đó, mức tăng men tụy cao hơn gấp 3 lần giới hạn trên bình thường và một số các triệu chứng như nôn mửa đau bụng kèm theo... được xác định là tình trạng viêm tụy cấp sau ERCP.

Với những bệnh có viêm tụy, trong thời gian theo dõi điều trị men tụy cũng như các triệu chứng

đi kèm trở về bình thường, được đánh giá mức độ viêm tụy như sau: (1),(10)

- Viêm tụy nhẹ: men tụy bình thường sau 2-3 ngày
- Viêm tụy vừa: men tụy bình thường sau 4-10 ngày
- Viêm tụy nặng: men tụy bình thường sau hơn 10 ngày, và đi kèm các triệu chứng nặng như viêm tụy hoại tử, viêm tụy xuất huyết...

IV. Kết quả nghiên cứu

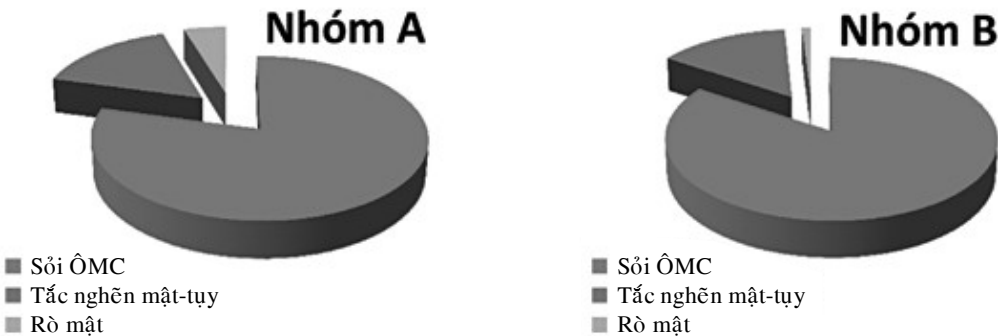
Bảng 1. Tỷ lệ tuổi, giới tính

	Nhóm A (106 ca)	Nhóm B (102 ca)
Tuổi	27 - 92	36 - 88
Giới	34 nam : 72 nữ	38 nam : 64 nữ

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân giữa hai nhóm nghiên cứu: nhóm A (106 ca) và nhóm B (102 ca) cũng tương đương nhau. Độ tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu nhóm A và nhóm B cũng dao động từ 22 đến 92 tuổi. Tỷ lệ Nam/Nữ giữa hai nhóm gần với tỷ lệ 1 nam : 2 nữ cũng tương đương nhau (phù hợp tỷ lệ một số nghiên cứu trên thế giới), (1),(10).

Bảng 2. Bệnh lý trong ERCP điều trị

	Nhóm A n = 106	Nhóm B n = 102
Sỏi ống mật chủ	84 (79.3%)	86 (84.3%)
Hẹp, tắc nghẽn mật	17 (16%)	15 (14.7%)
Rò mật sau phẫu thuật	5 (4.7%)	1 (1%)



Nhận xét: Đối với nhóm bệnh được chỉ định ERCP, không có sự khác biệt nhiều giữa hai nhóm về bệnh lý sỏi ống mật chủ nhóm A (79.3%) và nhóm B (84.3%) cũng như bệnh lý tắc nghẽn đường mật của nhóm A (16%) và nhóm B (14.7%). Chỉ bệnh lý về rò mật sau phẫu thuật tỷ lệ ở nhóm A (4.7%) cao gần gấp 5 lần nhóm B (1%).

Bảng 3. Tỷ lệ thành công thông nhú

Nhóm A (106 ca) (PP cắt phễu bằng dao kim)			Nhóm B (102 ca) (PP thông nhú thông thường)		
Thành công 100 ca (94%)	Thất bại qua phễu 6 ca (%)		Thành công 81 ca (79%)	Thủng 1 ca (1%)	Thất bại qua papilla 20 ca (20%)
	Thất bại 5 ca (5%)	Thủng 1 ca (1%)			Chuyển PP cắt phễu
					Thành công 14 ca (14%)
					Thất bại 6 ca (6%)

Nhận xét: Tỷ lệ thành công thông nhú ERCP lần I ở nhóm A (94%) cao hơn nhóm B (79%). Cả hai nhóm A và B đều có 1 ca (1%) thủng tá tràng phải chuyển phẫu thuật. Số bệnh nhân khi thông nhú cơ bản thất bại của nhóm B (20%) được chuyển sang phương pháp cắt phễu bằng dao kim, thì thành công thông nhú thêm 14 ca (14%).

ERCP lần II sau 4-5 ngày (có phễu tạo sẵn)			
Nhóm A		Nhóm B	
TC: 3 ca (3%)	TB: 2 ca (2%)	TC: 2 ca (2%)	TB: 4 ca (4%)

Sau ERCP lần I, nhóm A có 5 ca (5%) và nhóm B còn 6 ca (6%) không thông nhú thành công, những bệnh nhân này đều được hẹn làm ERCP lần II sau 4-5 ngày và tỷ lệ thành công thông nhú lần 2 ở nhóm A là 3 ca (3%) và nhóm B 2 ca (2%).

Bảng 4. So sánh tỷ lệ viêm tụy giữa hai phương pháp

	Nhóm A (106 ca)	Nhóm B (102 ca)
Viêm tụy sau ERCP	4 (4.7%) NKI: 4 ca	19 (18.6%) SPC: 8 ca, SPC+NKI: 11 ca
Nhẹ	4 (3.8%)	12 (11.7%)
Vừa	0	5 (4.8%)
Nặng	0	2 (1.9%)

Đánh giá mức viêm tụy cấp sau ERCP, chúng tôi dựa theo mức thang đánh giá của vài nghiên cứu trên thế giới qua mức tăng men amylase, lipase/máu (1),(10).

Nhẹ: bình thường sau 2-3 ngày điều trị

Trung bình (vừa): bình thường sau 4-10 ngày

Nặng: sau hơn 10 ngày men amylase, lipase mới trở về bình thường, đi kèm một số các biến chứng nặng khác: xuất huyết, hoại tử

Nhận xét: Tỷ lệ viêm tụy do thủ thuật sau ERCP có thay đổi lớn, viêm tụy ở nhóm B (18.6%) cao hơn gấp 4 lần so với nhóm A (4.7%). Ngoài ra, tình trạng viêm tụy sau ERCP của nhóm phương pháp thông nhú thông thường có mức độ viêm tụy cấp và biến chứng nặng hơn so với nhóm bệnh phương pháp đục lỗ phễu bằng dao kim.

Bảng 5. Các biến chứng khác

Biến chứng	Nhóm A	Nhóm B
Chảy máu	1 (0.9%)	3 (3%)
Thủng tá tràng	1 (0.9%)	1 (1%)
Tử vong	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chảy máu ở nhóm A (0.9%) thấp hơn nhóm B (3%), thấp hơn có thể là do đường cắt ngắn. Tỷ lệ thủng tá tràng giống nhau giữa hai nhóm phương pháp: nhóm A (0.9%) và nhóm B (1%). Trong nghiên cứu, chúng tôi can thiệp trên 208 bệnh nhân nhưng không ca nào xảy ra biến chứng nặng dẫn đến tử vong.

V. Bàn luận

Tuổi, giới tính, tiền sử bệnh:

Trong mẫu nghiên cứu, có 208 bệnh nhân liên tiếp chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm mà chưa có bất kì sàng lọc, nên yếu tố về tuổi-giới-tiền sử bệnh tương đồng.

Độ tuổi từ 27 đến 92 tuổi, trong đó nhóm bệnh trẻ (< 60 tuổi) bộc lộ nhú ít có túi thừa (nếu có, túi thừa thường nhỏ). Còn nhóm tuổi ≥ 60 thường gặp túi thừa lớn có thể bao quanh nhú hay bên cạnh làm lệch cấu trúc nhú và đoạn cuối ống mật chủ (11).

Giới tính trong ERCP, nhiều nghiên cứu thế giới cho tỷ lệ tương tự nhau 1 nam: 2 nữ, cho thấy bệnh lý về đường mật-tụy xuất hiện ở nữ giới nhiều hơn (1), (11).

Tiền sử cắt cơ vòng trước đó, lỗ rò mật-ruột sau PT mở: không đưa vào nghiên cứu vì thông nhú dễ, nên tỷ lệ thông nhú giữa hai nhóm khách quan và chính xác.

Giải phẫu và cấu trúc nhú:

- Nhú tá lớn (Ampulla of Vater) nằm ở phần giữa của đoạn thứ 2 (DII) tá tràng. Đoạn cuối có cơ vòng ống mật chủ và cơ vòng ống tụy, tiếp đến quanh nhú có cơ vòng nhú (Oddi) là nơi đổ chung dịch mật và dịch tụy.

- Theo Masafumi Watanabe (8) hình thái nhú phân loại theo chiều dài nhú: nhỏ, trung bình - lớn. Hình dáng nhú có thể phân loại: kiểu điển

hình, không rõ ràng, rãnh dọc, đơn độc, con quay...

- Rani Berry – Jame Y Han (11) nhận xét đôi khi hình thái nhú biến thể dạng: kiểu không có kênh chung (hai lỗ đổ riêng), kiểu cuống dài (lồi, đoạn cuối ống mật chủ gập), dạng có túi thừa (nhú cạnh hoặc trong túi thừa)...

- Đối với nhú điển hình, hầu hết các tác giả đều ghi nhận: vị trí ống mật chủ đổ ra thường từ 9-12 giờ hướng bên trái của nhú, vị trí của ống tụy chính đổ ra thường 1-3 giờ hướng bên phải của nhú. (11).

- Một vài trường hợp bệnh lý cũng ảnh hưởng đến hình thái nhú như: sỏi kẹt ngay miệng lỗ nhú, u sùi ngay miệng nhú nhưng chưa lan đến đỉnh nhú (1/3 trên nhú) đỉnh trên của nhú căng phồng, những tình huống này việc sử dụng dao kim để cắt phễu dễ thông nhú thành công. U đầu tụy chèn ép gây hẹp-tắc đoạn cuối ống mật chủ thường thông nhú thông thường khó, cắt phễu bằng dao kim có thể thành công đối với nhú dài. (9),(11),(15).

Vài nét về thông nhú:

Hiện nay, can thiệp đường mật-tụy qua nội soi đã tiến sâu hơn không những qua ống mật chủ vào đường mật trong gan, mà còn vào được ống tụy đầu - tụy thân - tụy đuôi. Tuy nhiên ERCP đến nay vẫn là một chuyên ngành khó, không chỉ với bác sĩ mới tiếp cận mà ngay những bác sĩ nội soi lâu năm nhiều kinh nghiệm. (1),(10),(11)

Phần lớn thủ thuật can thiệp được, thì bước đầu tiên quan trọng nhất là phải “*thông nhú thành công*”, tiếp cận được đường mật-tụy, để quyết định được phương pháp can thiệp của ERCP.

Tỷ lệ thành công thông nhú so sánh giữa 2 nhóm:

Phương pháp sử dụng dao kim đục lỗ phễu nhóm A cho tỷ lệ thành công thông nhú rất khả quan, ngay ở lần cắt phễu đầu tiên đã đạt thành công với 92/106 ca. Với những ca chưa thông nhú được, tiếp tục đường cắt sâu hơn 1-2 mm đạt thành công thêm 8 ca. Nên tổng tỷ lệ đạt thành công thông nhú của nhóm A lên đến 96%. Còn 6 ca thất bại không lên dây dẫn vào ống mật chủ được, thì có 1 ca thủng tá tràng do đục lỗ phễu nên phải chuyển phẫu thuật, 5 ca còn lại được làm ERCP lần II sau 5 ngày. (1)

So với phương pháp thông nhú thông thường nhóm B trong lần lên dây dẫn đầu tiên vào ống mật chủ chỉ đạt 58/102 ca, phải lặp lại việc thử lên dây dẫn qua nhú thêm 2,3,4 hoặc 5 lần thì mới thành công thêm 24 ca trong thời gian 5 lần/5p. Như vậy, phương pháp thông nhú bằng dao cung - dây dẫn thành công 81/102 ca cho tỷ lệ 81%, phù hợp với tỷ lệ từ 80% - 90% các nghiên cứu trên thế giới về thông nhú cơ bản qua cơ vòng Oddi. Có 1 ca thông nhú thành công, nhưng xuất hiện biến chứng thủng do cắt cơ vòng. Còn lại 20 ca của nhóm B sau liên tiếp 5 lần lên dao cung - dây dẫn thất bại, đã chuyển sang phương pháp đục lỗ phễu bằng dao kim thì đạt thành công thông nhú thêm 14 ca (13,7%), quá trình nỗ lực lên dây dẫn nhiều lần vào ống tụy ngoài ý muốn ở nhóm bệnh nhân dù được giải cứu thành công bằng phương pháp cắt phễu này vẫn có nguy cơ tăng tần suất viêm tụy sau ERCP.

Với 5 ca ở nhóm A và 6 ca nhóm B (đã chuyển phương pháp đục lỗ phễu) vẫn thông nhú thất bại, thì được làm ERCP lần II (sau 4-5 ngày).

Giải pháp ERCP lần II

Những ca thất bại của hai nhóm A&B (nhóm B dù giải cứu vẫn thất bại) được làm ERCP lần II sau 4-5 ngày. Những ca này đều có điểm chung là đã tạo phễu sẵn sau ERCP lần I, giải thích thông nhú dễ thành công qua phễu hơn, nhất là tình

huống có dịch mật chảy ra ở phễu. Có trường hợp phải cắt phễu sâu thêm 1-2 mm do lần đầu phễu chưa đủ sâu hoặc không đúng vị trí vào ống mật chủ thì thường dễ thất bại khi tiếp tục thông nhú. Ngoài ra, ERCP lần II thông nhú qua phễu có sẵn nếu thất bại đôi khi thử lại qua miệng lỗ nhú có thể thành công.

Sau khi thông nhú thành công, một vài trường hợp đoạn cuối ống mật chủ hẹp-ngoài nghèo, túi thừa cạnh-quanh nhú, kích thước sỏi lớn (không tương ứng với kết quả chẩn đoán hình ảnh trước đó) khả năng lấy hết sỏi khó, thì đặt 01 stent nhựa dẫn lưu mật. Những bệnh nhân này có thể được phẫu thuật sau đó hoặc có thể làm ERCP lần sau từ 2-3 tuần khi đánh giá được kích thước sỏi nhỏ hơn (do stent làm sỏi vỡ ra thành mảnh nhỏ hơn).

Biến chứng:

Viêm tụy:

ERCP là thủ thuật phức tạp đôi khi gặp phải tình huống khó, dù bác sĩ nội soi nhiều kinh nghiệm can thiệp mật-tụy cũng không tránh khỏi xảy ra tai biến, báo cáo chung trên thế giới ghi nhận viêm tụy là biến chứng hay gặp nhất, mặc dù tỷ lệ viêm tụy nặng thấp, nhưng phát hiện chậm xử trí không kịp thời có thể dẫn đến tử vong.

Dấu hiệu phản ứng tụy, viêm tụy thường xuất hiện sau ERCP. Nguyên nhân do: cấu trúc giải phẫu ống mật chủ và ống tụy đi chung đoạn cuối trước khi đổ vào tá tràng DII qua nhú. Cùng với các thao tác thông nhú vào ống mật chủ, dây dẫn vào ống tụy ngoài ý muốn, phễu trường hẹp trong quá trình can thiệp làm gia tăng nguy cơ viêm tụy.

Nhóm A “đục lỗ phễu bằng dao kim”: Tỷ lệ viêm tụy là 4,7% tương đối thấp do cắt phễu trên đỉnh nhú, nên hướng thông nhú trực tiếp vào ống mật chủ, ít vào ống tụy, không trực tiếp tác động lên cơ thắt vòng tụy làm giảm các yếu tố nguy cơ gây viêm tụy.

Nhóm B “dao cung- dây dẫn”: Tỷ lệ viêm tụy là 18,9%, tăng tương ứng theo số lần dây dẫn vào ống tụy (là 1,8%-3,8%-5,8%-6,8% với 2-3-4-5 lần) ngoài ý muốn. Nhóm thông nhú bằng dao cung - dây dẫn sau 5 lần thất bại, phải chuyển sang cắt phễu thì yếu tố nguy cơ viêm tụy càng tăng cao, do thời gian thủ thuật kéo dài gây tổn

thường chung đường mật-tụy, đặc biệt là cơ thất vòng tụy. Nguyên nhân tăng cao nguy cơ còn có thể do bơm nhiều cản quang lên đường tụy hoặc nhiệt cắt đốt nóng trực tiếp trên cơ vòng tụy khi cắt rộng cơ vòng Oddi hoặc cắt phễu giải cứu. Mặc khác, viêm tụy xảy ra còn tùy thuộc vào cơ địa mỗi bệnh nhân và dụng cụ tái sử dụng.

ERCP lần II: Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận viêm tụy sau lần II vì trên cả hai nhóm đã cắt phễu sẵn trước nên không đánh giá.

Chảy máu

Phương pháp cắt phễu bằng dao kim 0,9% có tỷ lệ chảy máu thấp hơn so với thông nhú thông thường 3%, có thể do nhiều lần lên dây dẫn tác động gây thương tổn cơ học lên mạch máu quanh nhú, làm phù nề nên khi cắt bằng dao cung dễ chảy máu, ngoài ra đường cắt dài hơn từ miệng nhú lên đỉnh nhú nên làm tăng nguy cơ.

Thủng tá tràng có tỷ lệ (1%) tương đương giữa cả hai nhóm. Phương pháp đục lỗ phễu dao kim thường do cắt sâu, còn thông nhú thông thường do đường cắt từ miệng nhú lên đỉnh nhú quá mức. Biến chứng thủng thường do kinh nghiệm của bác sĩ nội soi hoặc do giải phẫu bất thường của nhú và đoạn cuối ống mật chủ.

Tử vong chưa gặp trong nghiên cứu của chúng tôi, có lẽ do số lượng mẫu còn thấp.

Ưu điểm thông nhú đục lỗ phễu bằng dao kim

Thông nhú thông thường qua nhú là phương pháp đầu tiên tiến hành bắt buộc trên bệnh nhân làm ERCP, nhiều nghiên cứu trên thế giới báo cáo tỷ lệ thất bại là không thể tránh khỏi, dao động 5-20% dù được bác sĩ nội soi nhiều năm kinh nghiệm thực hiện.(2), (14),(15).

Do đó cần một phương pháp hiệu quả để giải cứu thông nhú khi phương pháp thông thường thất bại. Nhiều tác giả đã đưa ra một số phương pháp cắt trước và hỗ trợ như: cắt trước vách bằng dao cung (TPS), cắt trước miệng nhú bằng dao kim (PF-NKP), đục lỗ phễu bằng dao kim (NKI), cắt trước bằng dao kim qua stent tụy (PS), dùng 2 dây dẫn (DG), rendezvous,..... (1),(6),(10),(14). Trong quá trình nghiên cứu tổng hợp thì Freeman và Guda 2005 (7) đã ghi nhận tất cả các kỹ thuật cắt trước và hỗ trợ nêu trên đều giúp cải thiện tỷ lệ

thành công khi thông nhú thông thường thất bại. Caslos Kiyoshi Furuya 2018 (1) và Mohammad Ayoubi 2012 (10) đã cho rằng “cắt phễu bằng dao kim” – NKI là phương pháp tối ưu nhất để giải cứu và có thể ưu tiên lựa chọn từ đầu để thông nhú thành công ngay.

Trước đây ở bệnh viện chúng tôi phương pháp “đục lỗ phễu bằng dao kim” chỉ dùng cho trường hợp nhú căng phồng có sỏi kẹt ở miệng nhú, u sùi bóng Vater căng phồng ở đỉnh nhú, (2). Những năm gần đây phương pháp này được áp dụng nhiều cho cả những trường hợp thông nhú khó. Qua nghiên cứu thực nghiệm lần này, chúng tôi nhận thấy “đục lỗ phễu ngay từ đầu” trên đỉnh nhú bằng dao kim không chỉ cho nhú căng phồng mà có thể áp dụng cả nhú bình thường, thuận lợi với những nhú dài, cân nhắc với những nhú nhỏ, mang lại tỷ lệ thành công thông nhú cao và giảm nhẹ các biến chứng.(1)(5)(10)(13)

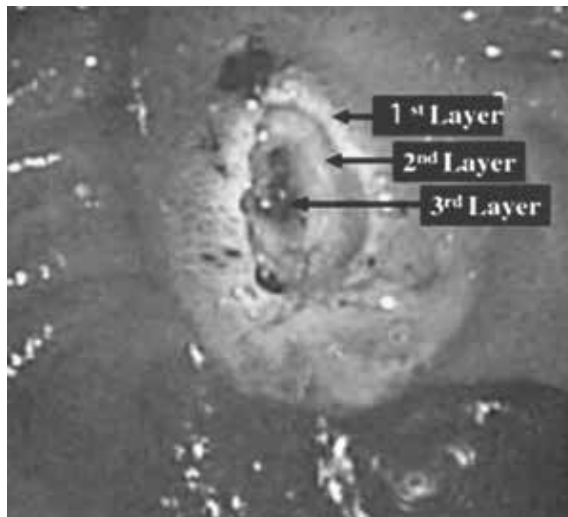
Cắt phễu đạt tỷ lệ thành công thông nhú cao khi được thực hiện sớm giúp rút ngắn thời gian thông nhú, thời gian can thiệp,(1),(3). Hiện nay phương pháp này ưu tiên được lựa chọn ngay từ đầu khi có đánh giá bất thường về đường đi của đoạn cuối ống mật chủ (đánh giá qua siêu âm nội soi trước đó), về hình thái cấu trúc nhú (đánh giá qua nội soi tá tràng ống nghiêng khi đang can thiệp) (8),(10),(14)

Phương pháp đục lỗ phễu - NKI thường đường cắt ngắn, hướng cắt lên trên đỉnh nhú dễ vào ống mật chủ nên ít tổn thương lên ống tụy làm giảm nguy cơ viêm tụy. Đường cắt phễu chuẩn là theo trục nhú đoạn 1/3 trên, mở dần xuống đoạn 1/3 giữa dưới, tùy theo hình thái, kích thước và độ căng phồng của nhú mà quyết định chiều dài, độ sâu cắt phễu cho phù hợp mục đích can thiệp. (1),(2)

Trong trường hợp lấy sỏi nhỏ kt <10 mm, hoặc đặt stent nhựa - kim loại thì sau khi cắt phễu bằng dao kim thông nhú thành công, tiếp tục chỉ cắt thêm đoạn 1/3 trên vừa đủ để dịch mật chảy ra, giới hạn đường cắt đến nếp gấp ngang. Nếu để lấy sỏi lớn kích thước >10 mm, đối với bác sĩ mới bắt đầu làm ERCP thì nên cắt vừa phải theo hướng trục nhú -1 lh, rồi tiếp tục nong rộng miệng

cắt bằng bóng nong đường mật kích thước bóng nong tương ứng với kích thước sỏi. Với bác sĩ nội soi lâu năm kinh nghiệm thì có thể cắt lên vượt

qua nếp gấp ngang theo đúng trục nhú và trục ống mật chủ, tiên lượng tạo đường cắt vừa đủ lấy sỏi thuận lợi. (1),(10)



Mặc khác, khi đường cắt chưa đủ sâu để thông nhú vào ống mật chủ thì có thể tiếp tục dùng dao kim cắt sâu thêm trên đỉnh nhú khoảng 1-2 mm (tùy vào kinh nghiệm bác sĩ nội soi), điều này khá nguy hiểm vì dễ xảy ra tai biến thủng. Do vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, có một tỷ lệ bệnh nhân phải tạm dừng thủ thuật, để làm ERCP lần II. (1),(10)

Phương pháp đục lỗ phễu bằng dao kim - NKI đường cắt thường ngắn hơn so với phương pháp thông thường - SPC nên giảm nguy cơ xảy ra chảy máu do tránh các mạch máu ở miệng nhú. Một số tác giả khác cho rằng đường cắt ngắn thường khó lấy hết sỏi dễ gây sỏi tái phát, nhưng trong nghiên cứu chúng tôi thì tỷ lệ lấy hết sỏi vẫn đạt thành công cao vì những trường hợp sỏi khó như kích thước lớn hoặc nhiều sỏi chúng tôi thường bổ sung bằng bóng nong đường mật kích thước đủ lớn để thuận lợi cho việc lấy hết sỏi. (3)

VI. Kết luận

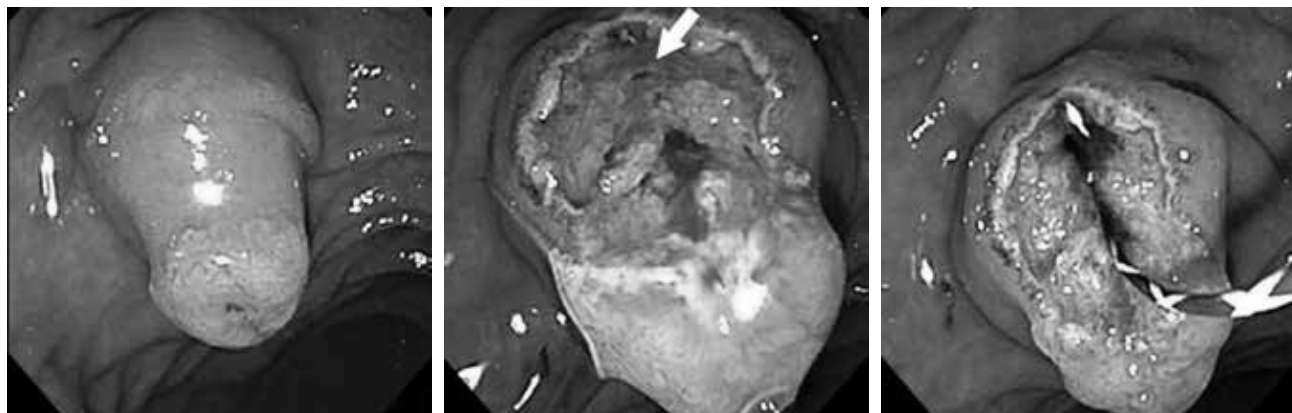
Tóm lại, phương pháp đục lỗ phễu bằng dao

kim trên đỉnh nhú để thông nhú vào đường mật là thủ thuật an toàn hiệu quả và đạt được tỷ lệ thành công cao hơn so với phương pháp thông nhú thông thường. Phương pháp này không cắt trực tiếp qua miệng nhú, hạn chế tác động cơ vòng tụy, làm giảm tần suất viêm tụy sau ERCP.

Hiện nay đục lỗ phễu là lựa chọn đầu tay trong tiếp cận đường mật để chẩn đoán và can thiệp, đồng thời là phương án dự phòng hỗ trợ tích cực khi thông nhú thông thường gặp khó khăn.

Phương pháp đục lỗ phễu bằng dao kim có nhiều ưu điểm hơn so với các phương pháp cắt trước giải cứu khác, do đường cắt ngắn hơn nên ít chảy máu khi cắt. Vị trí đục lỗ phễu nằm trên đỉnh nhú tương ứng lỗ đổ ra đoạn cuối ống mật chủ nên thông nhú dễ thành công hơn. Cắt phễu dễ thành công hơn so với thông nhú thông thường, nên thời gian thông nhú, thủ thuật thường được rút ngắn hơn.

Tuy nhiên, “đục lỗ phễu bằng dao kim” đòi hỏi bác sĩ nội soi cần có nhiều năm kinh nghiệm với ERCP thực hiện thì mới hạn chế nguy cơ tai biến, biến chứng và mang lại tỷ lệ thành công cao. (1),(10).



Tài liệu tham khảo

1. Carlos Kiyoshi Furuya, Paulo Sakai, Fabio Ramalho Tavares Marinho, Jose Pinhata Otoch, Spencer Cheng, Livia LemesPrudencio, Eduardo Guimarães Hourneaux de Moura, Everson Luiz de Almeida Artifon – Papillary fistulotomy vs conventional cannulation for endoscopic biliary access: A prospective randomized trial, WJGE 28 April 2018
2. Christos Mavrogiannis MD, Christos Liatsos MD, Andreas Romanos MD, Christos Petomenos MD – Needle-knife fistulotomy versus needle-knife precut papillotomy for the treatment of common bile duct stones, GIE 3 September 1999
3. Hiroshi Kawakami, Yoshimasa Kubota, Shuhei Kawahata, Kimitoshi Kubo, Kazumichi Kawakubo, Masaki Kuwatani and Naoya Sakamoto – Transpapillary selective bile duct cannulation technique: Review of Japanese randomized controlled trials since 2010 and an overview of clinical results in precut sphincterotomy since 2004, GES 2016 Japan
4. Jong Kyun Lee, Yoon Jung Lee, Yun Gyoung Park, Min Ji Lee Ji Eun, Kyu Taek Lee, Kwang Hyuck Lee – Different strategies using Transpancreatic septotomy and Needle-knife Infundibulotomy based on the Presence of unintended Pancreatic cannulation in Difficult biliary cannulation, GIE May 2014
5. Kiyoshi Hashiba, Macro A.DAssuncao, Daniel Moribe, Saverio T.Trmallini, Carlos A.Cappellanes, Horus A.Brisil, Roberto K.Kikawa, Hosp Sirio Libanes – Is the opening of the Biliary duct without electrocoagulation, in infundibulotomy, important to avoid complications, Vol51 GIE 2000
6. Livia Archibugi, Alberto Mariani, Gabriele Capurso, Marlaemilia Traini, Maria Chiara Petrone, Gemma Rossi, Sabrina Gloria Giulia Testoni, Pier Alberto Testoni, Paolo Giorgio Arcidiacono – Needle-knife fistulotomy vs. standard biliary sphincterotomy for choledocholithiasis: common bile duct stone recurrence and complication rate, EI Open 2019
7. Martin I.Freman MD, Nalini M.Guda MD – ERCP cannulation: a review of reported techniques, GIE No1 2005
8. Masafumi Watanabe, Kosuke Okuwaki, mitsuhiro Kida, Hiroshi Imaizumi, Toru Kaneko...- Transpapillary Biliary Cannulation is Difficult in Cases with Large Oral Protrusion of the Duodenal Papilla 8/2019 DDaS
9. Mohammad Ayoubi, F. Castellino. F.Rosina, M.Chiriotto, L.Pace – Selective common bile duct cannulation through needle-knife fistulotomy of Ampulla instead of standard cannulation, DaLD 2008
10. Mohammad Ayoubi, Giovanni Sansoè, Nicola Leone, Francesca Castellino - Comparison between needle-knife fistulotomy and standard cannulation in ERCP, WJGE 16 September 2012
11. Rani Berry, James Y Han, James H Tabibian – Difficult biliary cannulation: Historical perspective, practical updates, and guide for the endoscopist, WJGE 16 January 2019
12. Toll H Baron, Richard Kozarek, David L Carr-Locke – ERCP Book aid International, Fist published 2008.
13. William H. Ramsey MD, Salam Zakko MD, Gale Ramsby MD, Jerome H.Siegel MD – Choledochoduodenal fistula: tailoring the fistulotomy using a needle knife papillotome, GIE 2 March 1992
14. Young-Joo Jin, Seo Jeong, Don Haeng Lee - Utility of needle-knife Fistulotomy as an initial method of biliary cannulation to prevent post-ERCP pancreatitis in a highly selected at-risk group: a singer-arm prospective, GIE 2016
15. Yun Gyoung Park, Jung Hee Kim, Hyo Jin Kim, Kwang Hyuck Lee, Kyu Taek Lee, Jong Kyun Lee – Evaluation of Different Strategies Using Needle-Knife Infundibulotomy and Transpancreatic Septotomy in Difficult Biliary Cannulation, GIE No5S 2013.