

Tổng quan / Review

Một số giải pháp và kinh nghiệm đối với những trường hợp thông nhú khó trong nội soi mật tụy ngược dòng

Difficult Biliary Cannulation in Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: Some solutions and experiences

NGUYỄN CẢNH BÌNH, PHẠM MINH NGỌC QUANG

Khoa Điều trị bệnh ống tiêu hóa, Viện Điều trị các bệnh Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Abstract

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) plays an important role in the diagnosis and intervention of the number of biliary tract diseases. Although some considerable progresses has been made in optimizing methods and some new useful tools have been introduced, however this is an intensive technique with certain difficulties. The failure rate of the standard papillary cannulation is around 5 - 15% and the complication rate is about 5 - 6.3% including cholangitis, acute pancreatitis, bleeding and perforation. To solve this problem, beside being fully equipped with machinery and a number of consumables ready for procedure, it also requires the crew to have a high level of expertise in endoscopy and a lot of experience in the handling difficult situations, especially the selective papillary cannulation step into the biliary tract.

To perform successfully biliary cannulation in difficult cases, the endoscopist should first carefully assess the papilla of Vater, biliary tract orientation and papilla-related factors. It can be personalized in relation of the endoscopists skill to select the most optimal biliary cannulation technique in order to shorten the proceduring time and reduce the complication rate. Some alternative techniques have been applied today to tackle difficult biliary cannulation cases such as: placing pancreatic guidewire, precut fistulotomy and rendez-vous technique.

Tóm tắt

Nội soi mật tụy ngược dòng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và can thiệp điều trị một số bệnh lý mật tụy. Mặc dù có những tiến bộ đáng kể trong việc tối ưu hóa các phương pháp cùng với các dụng cụ hữu dụng mới được đưa vào sử dụng, tuy nhiên vì đây là một kỹ thuật chuyên sâu có những khó khăn nhất định nên tỷ lệ thất bại ngay từ khâu thông nhú tiêu chuẩn là 5 - 15% và tỷ lệ biến chứng 5 - 6,3% bao gồm viêm đường mật, viêm tụy cấp, chảy máu, thủng. Vấn đề này, ngoài việc phải được trang bị đầy đủ thiết bị máy móc và cơ sở các dụng cụ tiêu hao sẵn sàng cho thủ thuật còn đòi hỏi các ekip thủ thuật phải có trình độ chuyên ngành nội soi cao và nhiều kinh nghiệm trong xử lý các tình huống khó, đặc biệt là bước thông nhú chọn lọc vào đường mật.

Để thông nhú thành công đối với những trường hợp tiên lượng khó, trước hết bác sỹ thủ thuật cần đánh giá kỹ tình trạng nhú vater, hướng đường mật, các yếu tố liên quan đến nhú..., có thể cá nhân hóa liên quan đến kỹ năng của bác sỹ nội soi để lựa chọn phương pháp thông nhú tối ưu nhất nhằm rút ngắn thời gian thủ thuật và giảm tỷ lệ biến chứng. Một số phương pháp tiên tiến đã được áp dụng hiện nay để xử lý những trường hợp thông nhú khó như: đặt guidewire tụy, tạo lỗ rò vào đường mật, kỹ thuật rendez-vous.

I. Đặt vấn đề

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là một trong những kỹ thuật can thiệp nội soi tiêu hoá phức tạp. Trong những năm qua, kỹ thuật này dần chuyển đổi từ một phương thức chẩn đoán thành một kỹ thuật điều trị là chủ yếu và là phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu được ưu tiên lựa chọn cho nhiều bệnh lý mật tụy. Kỹ thuật bao gồm nhiều thao tác, được thực hiện bởi các bác sỹ chuyên khoa tiêu hoá có tay nghề cao và được đào tạo chuyên sâu. Tuy nhiên, ngay cả trong tay các bác sỹ nội soi có kinh nghiệm, việc can thiệp vẫn có tỷ lệ thất bại nhất định. Trong đó, thông nhú vào đường mật là bước quan trọng và khó khăn đầu tiên trong quy trình thực hiện thủ thuật. Thành công hay thất bại của việc thông nhú phụ thuộc vào nhiều yếu tố, ngoài kinh nghiệm và kỹ năng chuyên ngành của ekip thủ thuật cần có một cơ sở y tế được trang bị đầy đủ máy móc thiết bị và người bệnh được vô cảm yên tĩnh trong khi thực hiện thủ thuật. Để thông nhú thành công đối với những trường hợp tiên lượng khó, trước hết bác sỹ thủ thuật cần đánh giá kỹ tình trạng nhú vater (vị trí, kích thước, tính chất), hướng đường mật, các yếu tố liên quan đến nhú (túi thừa tá tràng, thâm nhiễm tá tràng)... có thể cá nhân hóa liên quan đến kỹ năng của từng bác sỹ nội soi để lựa chọn phương pháp thông nhú tối ưu nhất nhằm rút ngắn thời gian thủ thuật và giảm tỷ lệ biến chứng. Hiện nay, một số phương pháp tiên tiến đã được áp dụng để xử lý những trường hợp thông nhú khó hoặc thất bại với phương pháp thông nhú quy ước như: đặt guidewire tụy hỗ trợ (double guidewire, đặt guidewire tụy cắt trước xuyên vách, đặt stent tụy và cắt trước), tạo lỗ rò vào đường mật, kỹ thuật rendez-vous (qua siêu nội soi, xuyên gan qua da).

II. Một số tình huống gây khó khăn trong thông nhú:

- Giải phẫu nhú:

+ Nhú quá nhỏ, nhẽo, phẳng hoặc bị teo trong các trường hợp tắc mật lâu dài

+ Nhú lớn hơn bình thường phát triển về phía thành đối diện che khuất tầm nhìn của máy

+ Nhú dài không thẳng hướng và có nhiều nếp gấp (hình đàn xếp) hoặc lỗ nhú chúc xuống quá mức.

+ Nhú lõi nhọn

+ Nhú và đường mật tụy trong thành tá tràng lệch hướng, kém 10h hoặc quá 12h

+ Chung đường mật tụy dài và thẳng góc với ống tụy

+ Có túi thừa quanh nhú

- Bệnh lý liên quan:

+ Sẹo loét hành tá tràng gây co kéo biến đổi vị trí nhú (một số trường hợp bị co kéo lên sát hành tá tràng).

+ Viêm phì đại hoặc loét nhú.

+ K nhú hoặc bóng Vater.

+ Viêm chít hẹp đoạn thấp ống mật chủ.

+ K đầu tụy thâm nhiễm tá tràng, chèn ép biến dạng chít hẹp OMC và nhú.

+ Đã phẫu thuật ổ bụng nói chung, phẫu thuật nối mật - ruột, phẫu thuật cắt dạ dày nối vị tràng theo Billroth II.

+ Sỏi kẹt bóng Vater...

Các tình huống kể trên thường là những trở ngại làm tăng tỷ lệ thất bại cùng với biến chứng của thủ thuật, kể cả với những bác sỹ nội soi giàu kinh nghiệm.

III. Một số giải pháp và kinh nghiệm thông nhú ở những trường hợp khó

Các phương pháp thông nhú tiêu chuẩn được áp

dụng để tiếp cận nhú tốt hơn như: đặt ống đường dài ở những trường hợp hướng nhú lệch, dùng ống nội soi nhìn thẳng có lắp cap trong trường hợp loét hành tá tràng có kéo nhú lên gần hành tá tràng hoặc đã phẫu thuật cắt dạ dày nối vị tràng theo Billroth II, dùng catheter đầu nhỏ ở trường hợp lỗ nhú nhỏ hẹp, tiêm dưới niêm mạc hoặc dùng clip để bộc lộ nhú trong túi thừa, thay đổi tư thế của bệnh nhân, dùng dao cung có đầu vát về phía đường mật... Một số phương pháp thông nhú được lựa chọn thay thế nếu phương pháp thông nhú tiêu chuẩn thất bại:

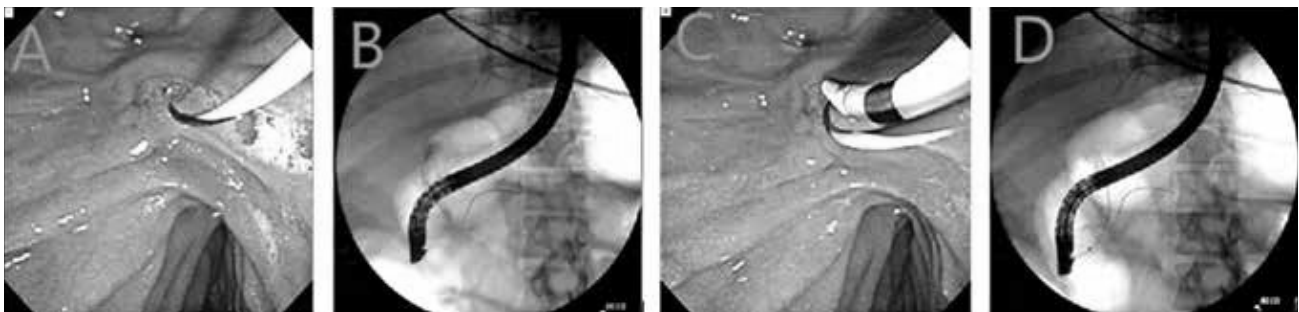
Kỹ thuật đặt hỗ trợ guidewire hoặc stent vào ống tụy

Việc thông nhú vào đường tụy một cách vô ý và lặp lại nhiều lần có thể làm tăng nguy cơ viêm tụy cấp sau can thiệp ERCP. Trong những tình huống như vậy, việc giữ lại guidewire tụy hoặc đặt stent tụy có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc thông nhú vào ống mật được dễ dàng hơn.

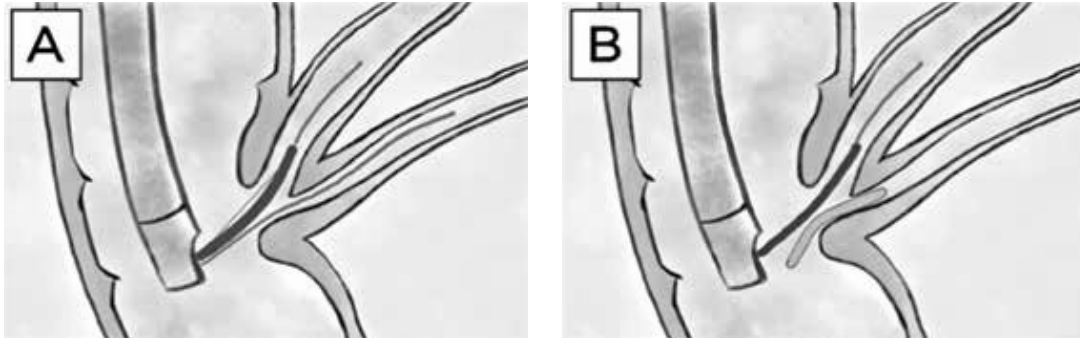
- **Kỹ thuật hai dây dẫn hướng (Double guidewire):** Thông thường ống tụy thẳng với hướng của lỗ mật tụy (lỗ nhú) nên khi thông nhú ở một số trường hợp chỉ vào ống tụy mà không vào được ống mật. Lưu lại guidewire này có tác dụng làm mất các nếp gấp của ống mật tụy và bịt một phần lỗ tụy, đồng thời nó xác định các trục của ống tụy và ống mật tương ứng một cách rõ ràng hơn. Sau đó thông nhú bằng dao cung (sphincterotome - clevertcut) trượt trên guidewire tụy ở điểm 11h và hơi căng dây cung, làm đầu dao lệch hướng so với guidewire thứ nhất dưới

hướng dẫn của C-arm. Khi đó, guidewire thứ 2 sẽ lên đường mật dễ dàng hơn. Các nghiên cứu ban đầu cho thấy kỹ thuật double guidewire (DGT) có thể cải thiện tỷ lệ thông nhú đường mật. Tuy nhiên, các nghiên cứu tiếp theo đã phát hiện ra rằng DGT không tốt hơn so với phương pháp thông nhú tiêu chuẩn, và kỹ thuật này thậm chí còn làm tăng nguy cơ viêm tụy. Một phân tích tổng hợp gần đây của 7 thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy 2 guidewire (DGT) làm tăng đáng kể nguy cơ viêm tụy cấp so với các kỹ thuật nội soi khác (tỷ lệ nguy cơ [RR]: 1,98; khoảng tin cậy 95% [CI]: 1,14–3,42).

- **Đặt stent ống tụy:** Trường hợp guidewire chỉ vào ống tụy, tiến hành đặt 1 stent nhựa (3-5Fr x 3-5 cm) vào ống tụy vừa để tránh viêm tụy cấp vừa để bịt ống tụy, xác định được trục ống tụy và ống mật, làm lệch hướng ống mật, làm cho guidewire chỉ lên theo hướng ống mật. Dùng dao cung luồn lỗ nhú trượt trên stent thông nhú vào ống mật ở vị trí 11h tương tự như kỹ thuật double guidewire. Kỹ thuật này cho thấy tỷ lệ thông nhú thành công cao và tỷ lệ viêm tụy cấp thấp. Trong một nghiên cứu trên 70 bệnh nhân, việc thông guidewire vào ống mật được hỗ trợ bằng đặt stent ống tụy, những bệnh nhân này có tần suất viêm tụy cấp thấp hơn đáng kể so với những bệnh nhân không đặt stent (tương ứng là 2,9% so với 23,0%; $p = 0,0096$). Tuy nhiên, cần lưu ý một số trường hợp khi đặt stent tụy sẽ làm cho kỹ thuật thông nhú tiêu chuẩn trở nên khó khăn hơn, do vậy cần cân nhắc kỹ giữa lợi ích và rủi ro trước khi đặt stent.



Hình 1: A, B: Guidewire đi vào ống tụy quan sát trên màn nội soi và màn tăng sáng; C: Sử dụng double guidewire thông nhú vào ống mật ở vị trí góc 11h; D: Thông nhú vào đường mật thành công dưới hướng dẫn của C-arm



Hình 2: A: Kỹ thuật double guidewire; B: Kỹ thuật đặt stent ống tụy trước

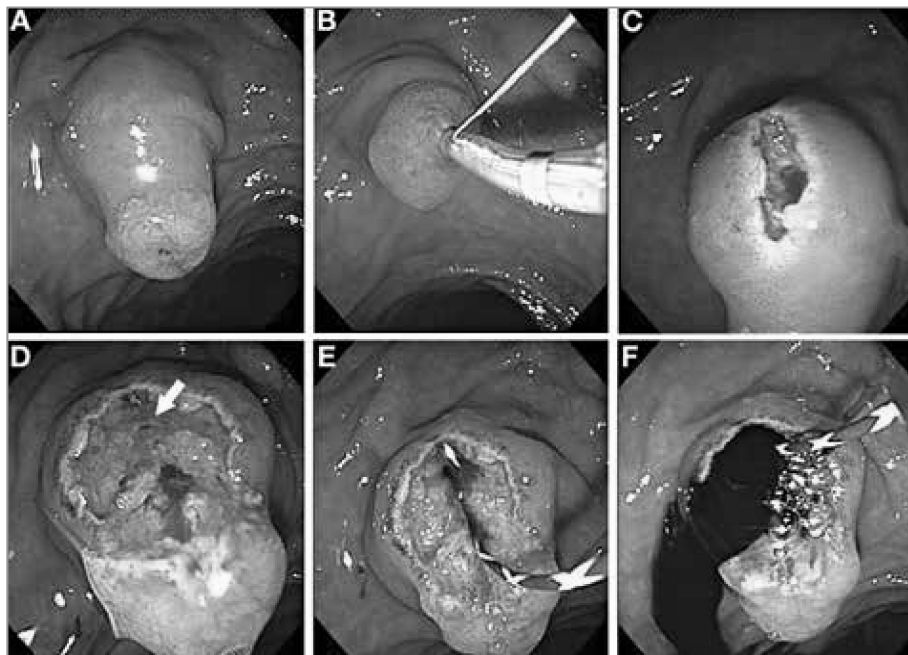
Kỹ thuật cắt trước

Khi các kỹ thuật thông nhú đường mật trên thất bại, người ta có thể sử dụng các phương pháp cắt trước để tạo khả năng tiếp cận đường mật tốt hơn. Dùng một công cụ cắt là sợi dây thép mảnh (dao kim) đục hoặc rạch một đường trên sống đường mật - tụy trong thành tá tràng xuyên vào đường mật, phương pháp này đòi hỏi đường rạch chính xác để tránh gây tai biến thủng tá tràng. Phương pháp này cũng tăng tỷ lệ biến chứng so với phương pháp thông nhú tiêu chuẩn: nguy cơ viêm tụy cấp, chảy máu và thủng tạng.

- Kỹ thuật cắt trước nhú từ lỗ nhú:

Phương pháp này khá phổ biến đối với những trường hợp thông nhú truyền thống thất bại. Dùng

dao kim (có chiều dài đầu cắt 0,5 cm) hoặc dao cung đặt ở đầu nhú trong lỗ đường mật, rạch một đường theo sống đường mật - tụy lên trên và về phía đường mật khoảng 11-12h. Chiều dài, độ sâu tùy thuộc vào từng loại nướu, mục đích kỹ thuật. Thông thường các vết rạch được thực hiện bóc tách từng lớp một cẩn thận, tránh cắt quá sâu hoặc có dòng điện để tránh các biến chứng như: chảy máu, viêm tụy. Cắt đến khi đường mật lộ ra là một ống hình tròn đồng tâm màu trắng đục hoặc có dịch mật chảy ra. Tiếp tục thực hiện cắt cơ thắt nhú truyền thống, mở rộng diện cắt của cơ thắt đến khi được mục đích. Phương pháp này cho thấy tỷ lệ thông nhú cao ở những trường hợp thông nhú truyền thống thất bại.

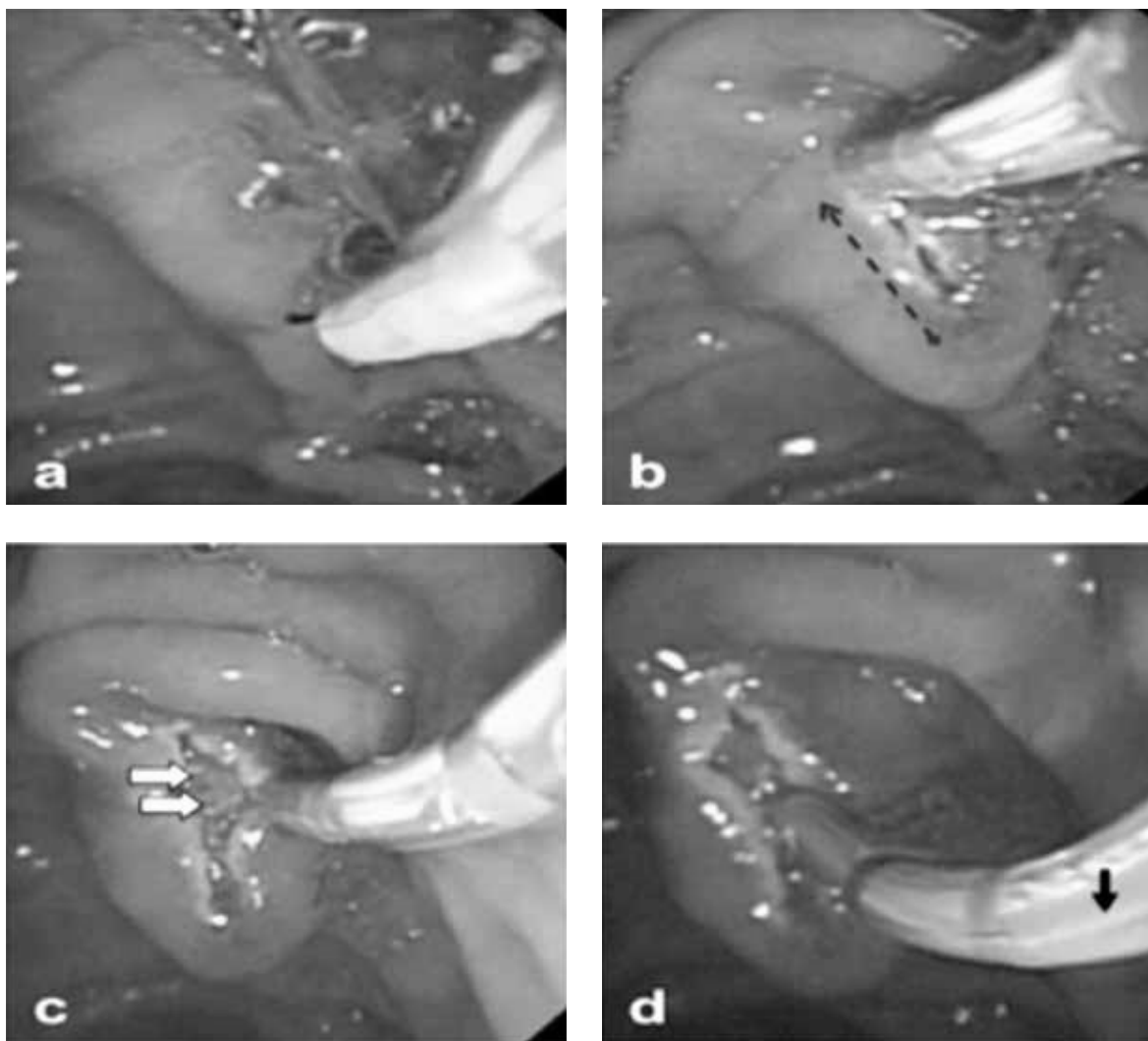


Hình 3: A: Nướu Vater khó thông nhú quan sát qua nội soi; B: Dao cung đặt ở vị trí đầu nhú; C, D: Lỗ nướu sau khi được rạch bóc lộ rõ ống mật (vị trí mũi tên); E: Thông nhú thành công sau khi cắt trước; F: Cắt cơ truyền thống mở rộng diện cắt

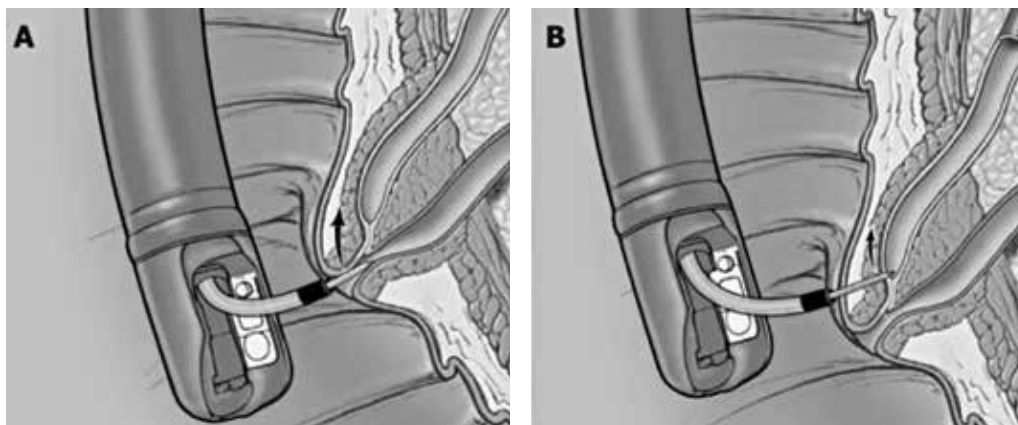
- Kỹ thuật cắt trước nhú từ sống nhú:

Đặt dao kim ở giữa sống nhú nơi dễ tiếp cận với ống mật nhất, rạch một đường hướng về phía lỗ núm, rạch từng lớp đến khi thấy ống mật và lòng ống mật, cũng có thể cắt tiến lên phía trên ngược hướng lỗ nhú nếu cần thiết, qua dao kim hoặc thay bằng dao cung luồn guidewire lên ống mật. Sau khi đặt guidewire vào ống mật, dùng dao

cung cắt tiếp phần gốc nhú theo hướng ống mật đến khi đủ rộng để thực hiện các thủ thuật tiếp theo. Phương pháp này dễ thực hiện, tuy nhiên nguy cơ tai biến cao đối với những người ít kinh nghiệm, một số trường hợp gây thủng xuyên thành sau cần phải phẫu thuật. Để an toàn, nên thực hiện phương pháp này ở những trường hợp lỗ núm phòng dài hoặc sỏi kẹt ở cơ Oddi.



Hình 4: a: Xác định đường rạch, đặt dao kim ở giữa sống ống mật; b: Rạch 1 đường về phía trên, hướng 11h; c: Bóc tách và bộc lộ đường rạch, xác định vị trí thông nhú; d: Thông nhú thành công sau khi cắt trước

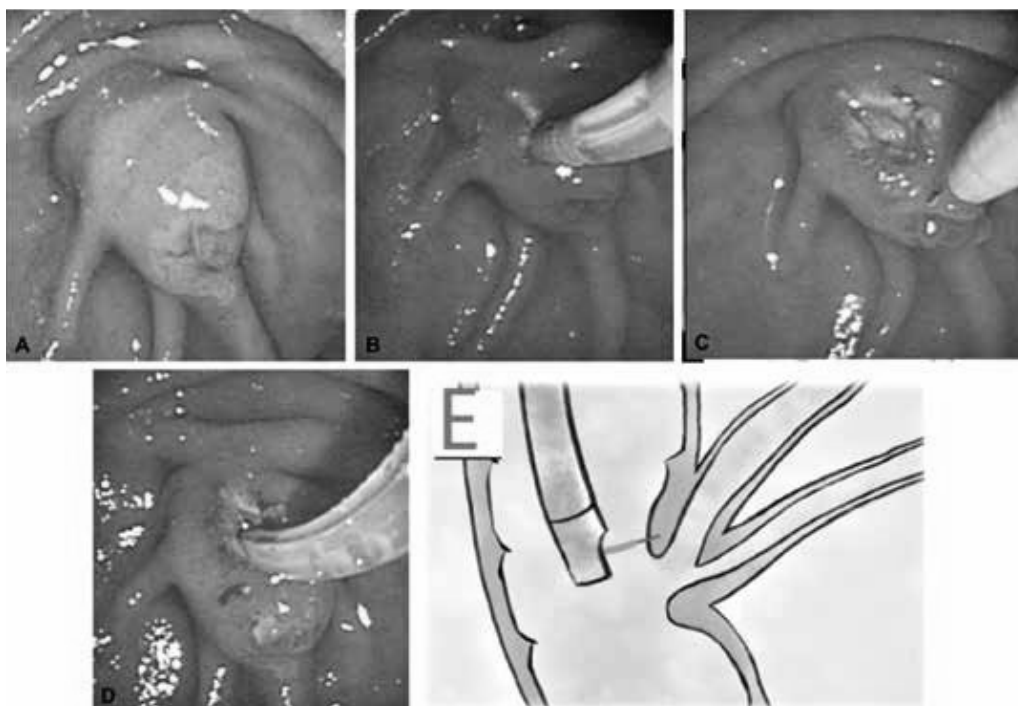


Hình 5: A: Kỹ thuật cắt trước từ lỗ nhú; B: Kỹ thuật cắt trước từ sống nhú

- Kỹ thuật cắt trước đục lỗ rò:

Không giống với kỹ thuật cắt trước thông thường khi đường cắt rộng trải dài từ miệng lỗ nhú lên đến gần hết sống ống mật, Kỹ thuật này dùng dao kim đục một lỗ rò ở vị trí thích hợp, nơi có thể luồn guidewire lên ống mật nhanh nhất. Đường rạch này có thể kéo xuống dưới phía lỗ

nhú nhưng không chạm đến lỗ nhú. Phương pháp này lỗ nhú và cơ vòng oddi vẫn còn nguyên vẹn, tỷ lệ thông nhú thành công cao, nguy cơ viêm tụy cấp ít hơn so với các phương pháp cắt trước khác. Thường áp dụng cho những trường hợp trực ống mật dài, lỗ núm rủ xuống, trực ống mật dạng đàn xếp.



Hình 6: A: Núm Vater khó thông nhú quan sát trên nội soi; B: Dùng dao kim đục 1 lỗ rò ở vị trí sống đường mật; C: Bộc lộ rõ lỗ rò; D: Thông nhú thành công sau khi cắt trước; E: Kỹ thuật cắt trước đục lỗ rò

- Kỹ thuật cắt xuyên thành (Kỹ thuật Burdick):

Được sử dụng trong khi đường dẫn hoặc dao cung vô tình tạo một đường giả theo hướng 10 - 11h qua đoạn nội tá tràng của ống mật - tụy. Trong trường hợp này, một vết cắt ở đầu dao cung xuyên thành nút, sau đó để nguyên guidewire

và cắt cơ phần còn lại từ lỗ nút để loại bỏ đoạn gấp góc đầu tiên của ống mật. Phương pháp này có tỷ lệ thành công cao và biến chứng tối thiểu. Được áp dụng trong những trường hợp sống như gấp góc hoặc biến dạng mà dao cắt thông như được bán phần.



Hình 7: Kỹ thuật cắt xuyên thành (kỹ thuật Burdick)

- Kỹ thuật cắt xuyên vách từ ống tụy:

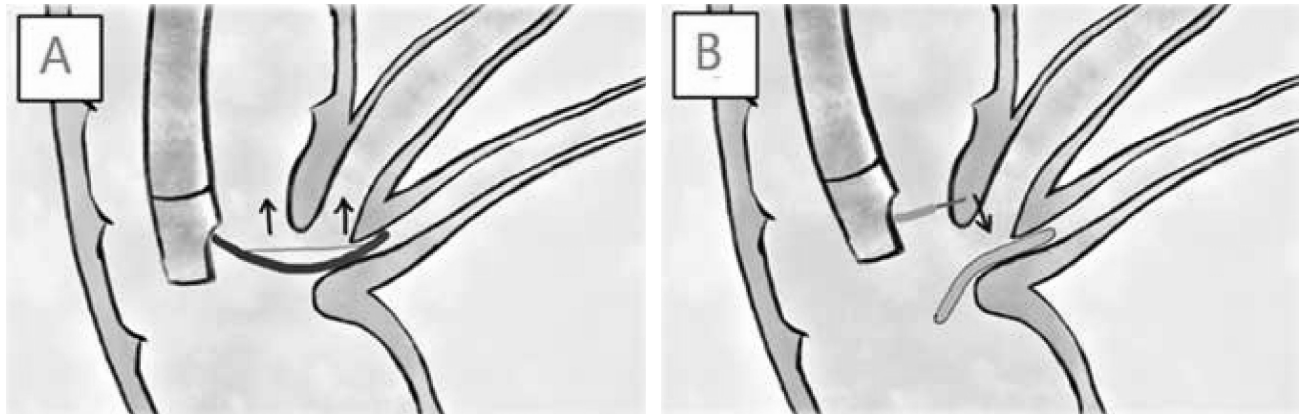
Qua guidewire tụy dùng dao cung cắt một phần cơ oddi xuyên vách từ ống tụy vào ống mật: để dây cung hướng về phía ống mật (11h) sau đó cắt cơ oddi xuyên vách vào đường mật, có thể bộc lộ được ống mật và luồn guidewire vào được ống mật dễ hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ thông như ống mật thành công trong ngày đầu không cao do chảy máu, hoặc cắt song song với ống mật, hoặc các diện cắt còn lỏng lẻo nham nhở khó bộc lộ được ống mật và guidewire để xuyên bóc tách trong thành tá tràng. Những bệnh nhân này có thể được trì hoãn thực hiện sang những ngày hôm sau khi nút như hết phù nề, ống mật lộ rõ hơn nên thông như sẽ dễ dàng hơn. Kỹ thuật này kiểm soát được độ sâu của vết cắt nên an toàn hạn chế thủng và giảm nguy cơ viêm tụy hơn cắt dao kim tiêu chuẩn. Một đánh giá hệ thống gần đây và phân tích gộp 14 nghiên cứu cho thấy cắt xuyên vách từ

guidewire tụy có tỷ lệ thành công cao hơn double guidewire (OR: 2,72; KTC 95%: 1,30 – 5,69) và cắt trước như (OR: 2,32; KTC 95%: 1,37 – 3,93), nhưng không khác với đục lỗ rò cắt trước (OR: 1,38; KTC 95%: 0,32 – 5,96). Cũng trong cùng một phân tích gộp, tỷ lệ viêm tụy cấp không khác biệt có ý nghĩa giữa cắt xuyên vách từ guidewire tụy và double guidewire (OR: 0,72; KTC 95%: 0,24 – 2,10.) Tuy nhiên, tỷ lệ viêm tụy cấp cao hơn ở cắt xuyên vách từ guidewire tụy so với đục lỗ rò cắt trước (OR: 4,62; KTC 95%: 1,36 – 15,72).

Trường hợp đặt stent tụy mà thông như trên thất bại, để cải thiện khả năng tiếp cận ống mật có thể cắt trước cơ Oddi trên stent bằng dao cung từ lỗ nút lên phía ống mật hoặc rạch một đường bằng dao kim (needle knife) từ phía trên lỗ nút hướng xuống dưới về phía stent, từ đó thông như vào ống mật dễ hơn và an toàn hơn, phương pháp này ít gây thủng hơn khi cắt trước không có

stent tụy do stent là giới hạn để dao kim không vượt qua. Một nghiên cứu hồi cứu cho thấy cắt trước trên stent có liên quan đến tỷ lệ thông nhú

ống mật cao hơn đáng kể (96,9% so với 86,1%; $p = 0,0189$) và ít tác dụng phụ hơn (7,1% so với 33,0%; $p < 0,001$).



Hình 8: A: Kỹ thuật cắt xuyên vách từ ống tụy; B: Kỹ thuật cắt trước cơ Oddi trên stent tụy.

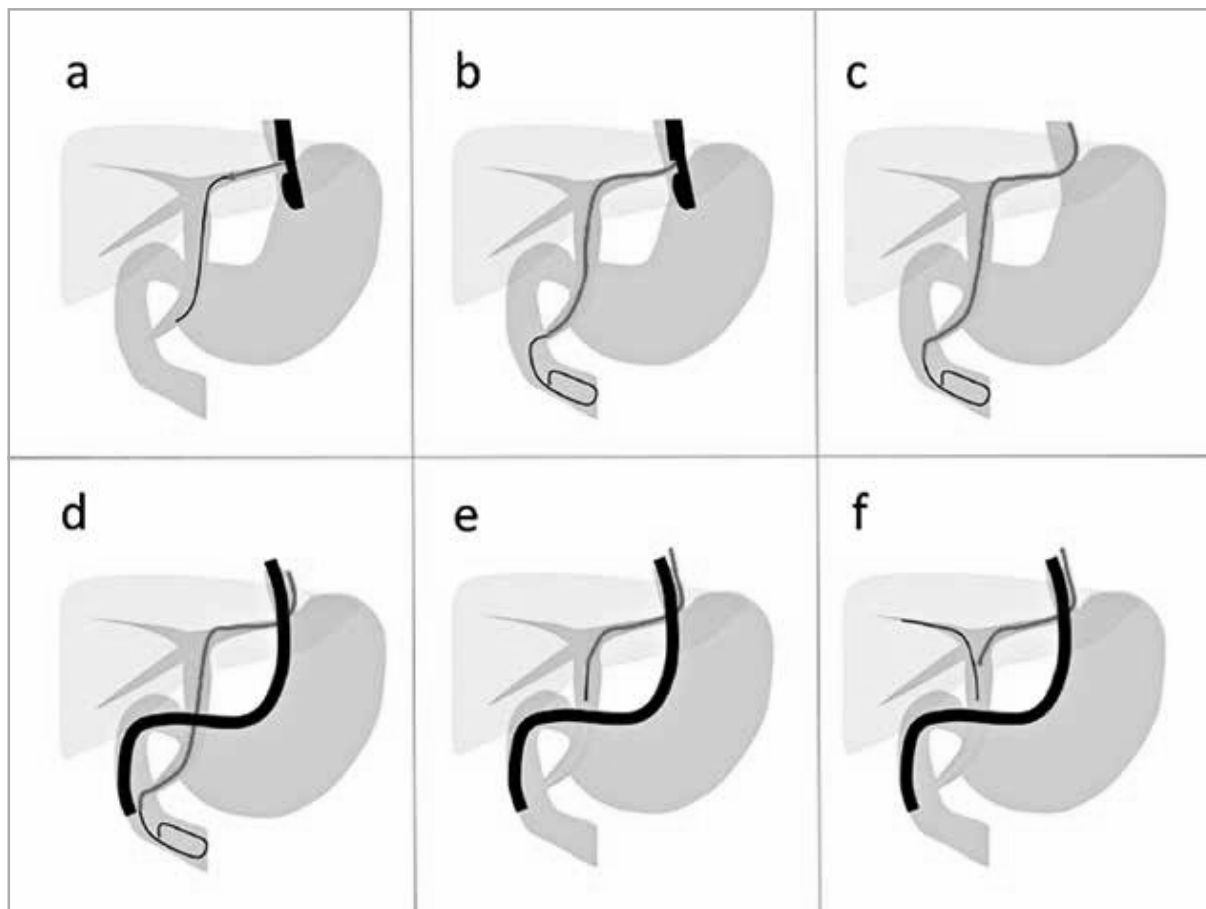
Kỹ thuật Rendez-vous

Phương pháp này người ta dùng một guidewire xuôi dòng từ ngoại vi vào ống mật qua ống mật chủ và lỗ nhú ra ngoài tá tràng. Sau khi đặt được guidewire xuống tá tràng, sống nhú có thể thẳng ra, có thể đặt dao cung trực tiếp cạnh song song guidewire ống mật và luồn một guidewire mới lên ống mật, cũng có thể lấy đầu guidewire ra và luồn trực tiếp dao cung lên ống mật. Phương pháp Rendez-vous có hai loại đưa guidewire vào ống mật: qua da với sự hỗ trợ của C-arm, qua siêu âm nội soi có thể đưa được guidewire trực tiếp vào ống mật.

- Kỹ thuật Rendez-vous qua da xuyên gan vào ống mật dưới siêu âm và C-arm dẫn đường: Trong kỹ thuật này bác sĩ siêu âm tìm vị trí tiếp cận nhánh ống mật có kích thước và hướng phù hợp nhất, tránh các mạch máu lớn. Từ điểm này có thể chọc kim qua da xuyên gan vào ống mật. Sau đó luồn guidewire dưới hướng dẫn của C-arm vào đường mật và xuống qua nút Vater vào tá tràng. Tiến hành nội soi mật tụy ngược

dòng, qua guidewire đã xuống, thử lựa chọn phương pháp hợp lý nhất: luồn dao qua guidewire hoặc dựa trên guidewire vào vị trí ống mật sau khi guidewire đã làm thẳng trực nhú bị gấp khúc trước đó. Một nghiên cứu hồi cứu cho thấy kỹ thuật Rendez-vous qua da có tỷ lệ thành công là 92,9%; tuy nhiên, nhu cầu tiếp cận qua da là một hạn chế đáng kể của kỹ thuật này.

- Kỹ thuật Rendez-vous dưới hướng dẫn nội soi siêu âm (EUS): Trong kỹ thuật này, qua nội soi siêu âm xác định được vị trí ống mật, sau đó dùng kim 19G chọc vào ống mật và luồn guidewire qua lỗ kim để vào ống mật qua nút Vater ra ngoài tá tràng. Ngoài ra, chọc kim vào hành tá tràng được xem là thuận lợi nhất vì có thể chọc vào thẳng ống mật chủ và luồn guidewire xuống tá tràng mà không cần C-arm, hoặc có thể từ dạ dày chọc vào ống mật và luồn guidewire xuống nút Vater nhờ hỗ trợ của C-arm. Sau khi guidewire đã xuống tá tràng, tiến hành nội soi mật tụy ngược dòng thông nhú giống với kỹ thuật Rendez-vous qua da xuyên gan.



Hình 9: a, b, c: Qua siêu âm nội soi luồn 1 guidewire từ đường mật xuống tá tràng; d, e, f: Qua máy nội soi tá tràng nhìn bên luồn 1 guidewire từ tá tràng lên đường mật dựa trên định hướng của guidewire trước.

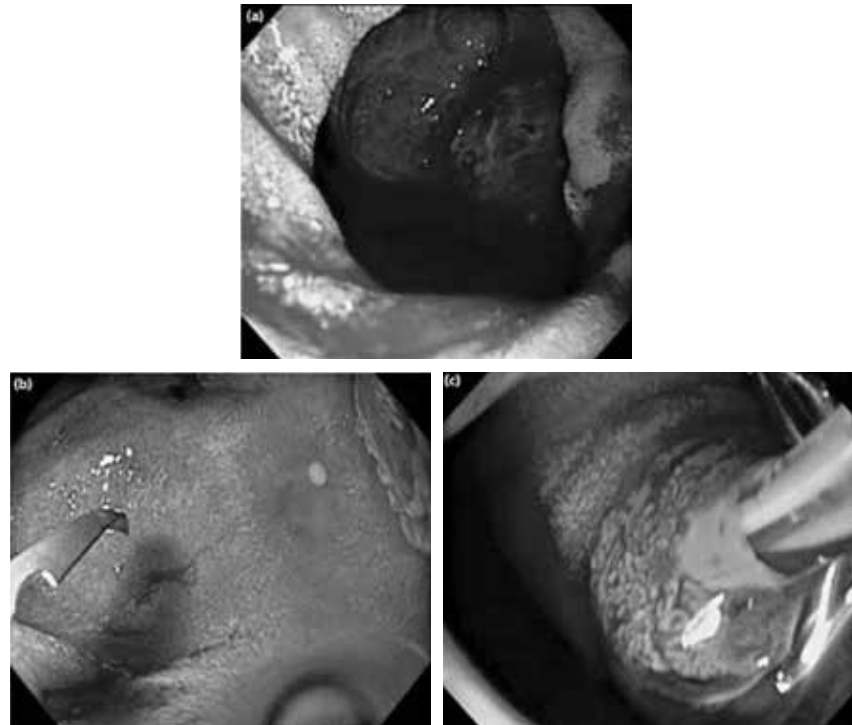
Kỹ thuật cắt rời nhú

Một số trường hợp nướm dài và nhỏ, việc thông nướ trở nên quá khó trong khi tiên lượng cắt trước hoặc Rendez-vous thất bại. Trường hợp này có thể cắt rời nhú bằng thông lọng điện để bộc lộ cả ống mật và ống tụy rõ ràng trên mặt thiết diện cắt, từ đó việc thông nướ trở nên dễ dàng hơn. Phương pháp này có nguy cơ chảy máu và nguy cơ viêm tụy cấp cao hơn các phương pháp khác.

Quản lý những trường hợp có nhú nằm trong hoặc quanh túi thừa

Những trường hợp có nhú nằm trong hoặc quanh túi thừa thường là những trường hợp khó

phát hiện nhú và thông nướ. Việc sử dụng clip nội soi hoặc forceps đã được báo cáo là một kỹ thuật hữu ích để phơi bày và định hướng đúng của nướ trong túi thừa. Một nghiên cứu khác cho thấy dùng ống nội soi nhìn thẳng có lắp cap vào đầu ống soi có thể giúp tìm nhú Vater ở trong túi thừa, có thể tiêm nước muối dưới niêm mạc phía sau để đẩy nhú ra ngoài và hỗ trợ tốt cho việc thông nướ. Khi đưa đầu ống soi có gắn cap vào trong túi thừa để tìm nhú Vater, không nên đưa máy soi mù trong túi thừa sẽ rất nguy hiểm dễ bị thủng túi thừa. Một số trường hợp khác đòi hỏi sử dụng phương pháp Rendez-vous để thông nướ như đã mô tả ở phần trên.



Hình 10: Nhú Vater nằm trong túi thừa. Phải tiến hành dùng clip kéo và giữ nhú Vater ở vị trí để quan sát, sau đó mới tiến hành thông nhú được

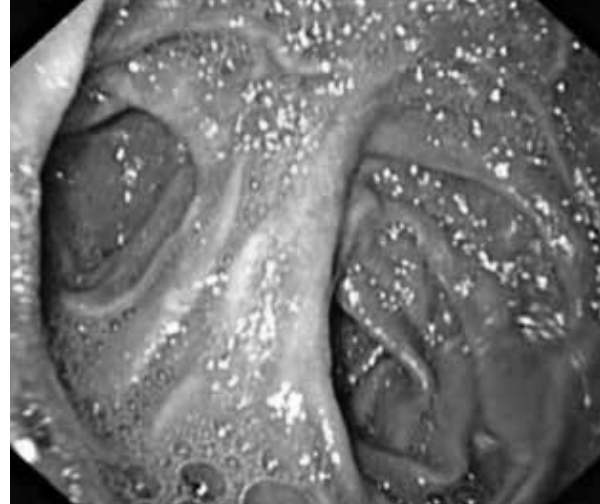
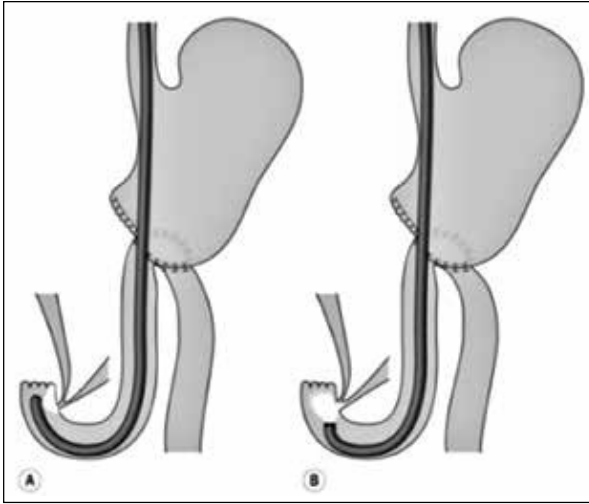


Hình 11: Túi thừa gây biến dạng lệch hướng và thay đổi vị trí của nhú Vater.

Quản lý những trường hợp đã cắt dạ dày nối vị tràng theo Billroth II.

Ở những trường hợp đã cắt dạ dày, nối vị tràng theo phương pháp Billroth II là một trở ngại lớn trong việc thông nhú Vater vào ống mật. Những trường hợp này, có thể dùng ống soi nhìn thẳng tìm nướm Vater, sau đó cố định guidewire đánh

dấu và thay bằng máy nhìn bên để thao tác kỹ thuật. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, khi nội soi bằng ống soi nhìn thẳng, thấy ống soi ở vị trí phù hợp, có thể thông nhú luôn bằng ống soi nhìn thẳng. Lưu ý lắp cap cho ống soi nhìn thẳng để bộc lộ các nếp niêm mạc rõ ràng hơn và hạn chế nguy cơ thủng tá tràng và hồng tràng.



Hình 12: Ở bệnh nhân đã PT cắt dạ dày nối vị tràng theo Billroth II, đưa ống soi qua quai tới khó, tiếp cận nóm không thuận lợi như ở bệnh nhân chưa PT cắt dạ dày, đôi khi phải dùng ống soi nhìn thẳng

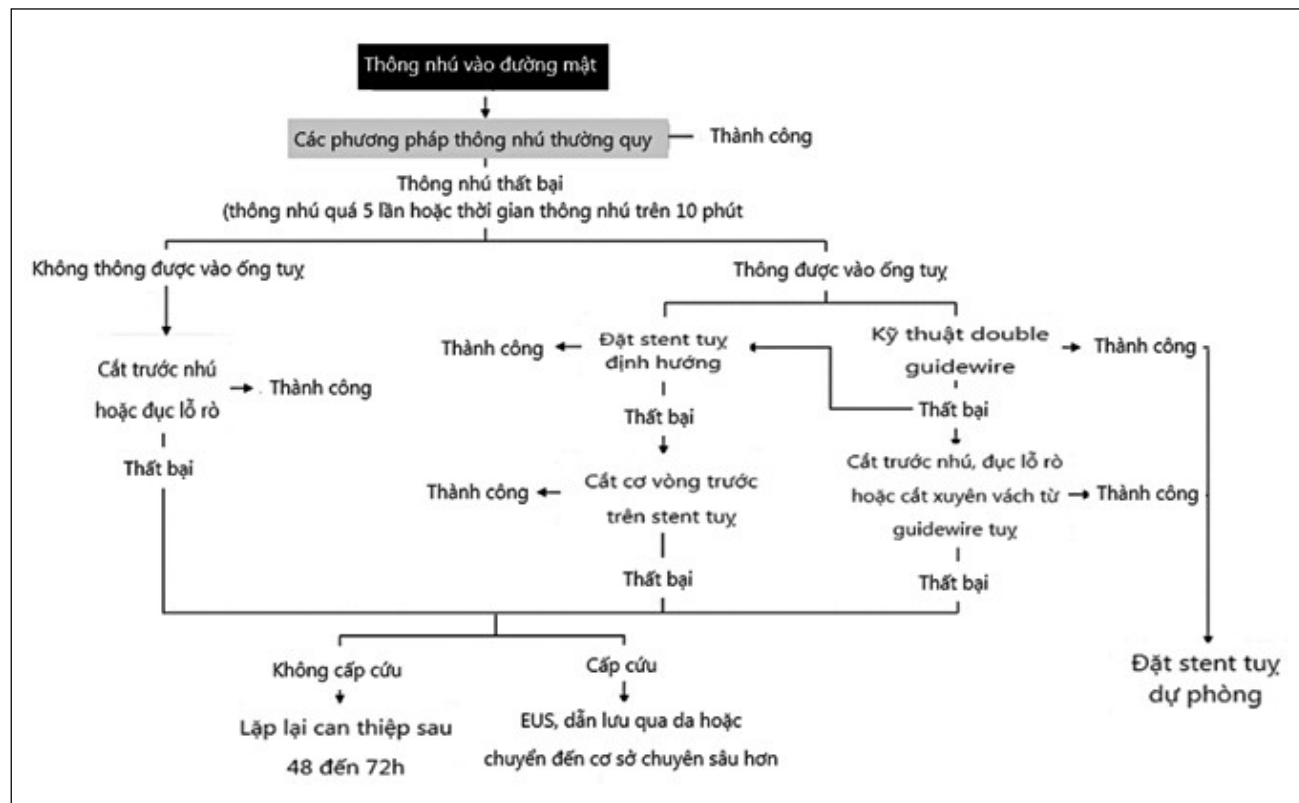
IV. Tiếp cận phương pháp thông nhú ở các trường hợp khó

Trong thực hành lâm sàng việc ứng dụng phương pháp thông nhú khác nhau tùy thuộc vào các trường phái của từng khu vực, điều kiện cơ sở vật chất, sở thích cá nhân của từng bác sĩ, và quan trọng nhất là các yếu tố cụ thể trên từng bệnh nhân. Tuy nhiên cách tiếp cận chung được khuyến nghị trong kỹ thuật thông nhú chọn lọc được dựa vào các hướng dẫn chính thống của các hiệp hội Tiêu hóa châu Âu, Mỹ, Nhật Bản và kinh nghiệm thực hành của tác giả. Mỗi một phương pháp đều có ưu, nhược điểm của nó. Tuy nhiên nếu chọn phương án phù hợp nhất sẽ tiết kiệm được thời gian, sức lực, nâng tỷ lệ thành công và giảm tỷ lệ biến chứng.

Thông thường, ở những trường hợp giải phẫu bình thường, phương pháp thông nhú tiêu chuẩn được thực hiện, cần cố gắng thay đổi các hướng tiếp cận nhú. Nếu đã cố gắng thông nhú nhưng vẫn thất bại, đặc biệt là những trường hợp biến đổi giải phẫu cần chuyển sang các phương pháp khác như: cắt trước nhú, đặt stent tụy, kỹ thuật Rendez-vous ... (Hình 13)

V. Kết luận

ERCP đã trở thành một công cụ không thể thiếu trong chẩn đoán và xử trí nhiều bệnh lý mật – tụy. Tuy nhiên, nó vẫn là một kỹ thuật đầy thách thức bất chấp những tiến bộ công nghệ. Khi việc thông nhú không thành công với các kỹ thuật tiêu chuẩn, chúng ta có thể sử dụng các kỹ thuật thông nhú hỗ trợ. Việc lựa chọn phương pháp tùy thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể, kinh nghiệm và thói quen bác sĩ nội soi, trang thiết bị của từng cơ sở y tế. Tuy nhiên, dù là chọn phương pháp nào, cũng cần cân nhắc giữa lợi và hại, mục đích là thành công về mặt kỹ thuật nhưng cũng đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh. Đôi khi, việc cân nhắc gọi hỗ trợ (nếu có một bác sĩ nội soi có kinh nghiệm hơn ở gần đó) hoặc dừng thủ thuật cũng là một lựa chọn tốt, đặc biệt trong trường hợp thời gian thủ thuật kéo dài, đã thử nhiều phương pháp nhưng thông nhú thất bại. Những trường hợp đó có thể thử lại sau hoặc chuyển đến các trung tâm chuyên sâu hơn.



Hình 13: Sơ đồ tiếp cận phương pháp thông nhủ trong các trường hợp khó

Tài liệu tham khảo

1. Bailey A.A., Bourke M.J., Kaffes A.J., et al. (2010), Needle-knife sphincterotomy: factors predicting its use and the relationship with post-ERCP pancreatitis (with videos), *Gastrointest Endosc*; 71(2):266–271.
2. Farrell R.J., Khan M.I., Noonan N., et al. (1996), Endoscopic papillectomy: a novel approach to difficult cannulation, *Gut*; 39:36–38.
3. Fogel E.L., Sherman S., Lehman G.A. (1998), Increased selective biliary cannulation rates in the setting of periampullary diverticula: main pancreatic duct stent placement followed by pre-cut biliary sphincterotomy, *Gastrointest Endosc*; 47:396–400.
4. Kapetanios D., Kokozidis G., Christodoulou D., et al. (2007), Case series of transpancreatic septotomy as precutting technique for difficult bile duct cannulation, *Endoscopy*; 39:802–806.
5. Jeffrey H.L., Amanpal S. (2012), Difficult endoscopic retrograde cholangiopancreatography in cancer patients, *Gastrointest Interv*; 1:19–24.
6. Baillie J. (2010), Difficult Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, *Gastroenterol Hepatol*, 10(1): 49–51.
7. Marianne U., Leena K., Jorma H. (2010), Management of difficult bile duct cannulation in ERCP, *World J Gastrointest Endosc*, 16; 2(3): 97–103.
8. Cote G.A., Mullady D.K., Azar R.R., et al. (2012), Use of a pancreatic duct stent or guidewire facilitates bile duct access with low rates of precut sphincterotomy: a randomized clinical trial, *Dig Dis Sci*; 57(12):3271–3278.
9. Glomsaker T., Hoff G., Soreide J.A., et al. (2013) Patterns and predictive factors after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Br J Surg*, 100(3):373–380.
10. Freeman M.L., Nelson D.B., Pheley A.M., et al. (1996), Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Eng J Med*, 335(13):909–918.

11. Palm J., Saarela A., Mäkelä J. (2007), Safety of Erlangen precut papillotomy: an analysis of 1044 consecutive ERCP examinations in a single institution. *J Clin Gastroenterol*, 41:528–533.
12. Binmoeller K.F., Seifert H., Gerke H., et al. (1996), Papillary roof incision using the Erlangentype precut papillotome to achieve selective bile duct cannulation, *Gastrointest Endosc*, 44: 689–695.
13. Catalano M.F., Linder J.D., Geenen J.E. (2004), Endoscopic transpancreatic papillary septotomy for inaccessible obstructed bile ducts: comparison with standard precut papillotomy, *Gastrointest Endosc*, 60(4):557–561.
14. Katsinelos P., Gkagkalis S., Chatzimavroudis G., et al. (2012), Comparison of three types of precut technique to achieve common bile duct cannulation: a retrospective analysis of 274 cases, *Dig Dis Sci*, 57:3286–3292.