CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP DO TỤY ĐÔI BẰNG ĐẶT STENT ỐNG TỤY QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG: NHÂN 1 CA LÂM SÀNG

Trần Duy Hưng[1], Ngô Gia Mạnh[1], Doãn Trung San[1]
Trần Ngọc Ánh[2] và Đậu Quang Liêu[1,✉]
[1]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
[2]Trường Đại học Y Hà Nội

Tụy phân đôi là bất thường bẩm sinh xảy ra ở 4 - 14% dân số. Tỷ lệ viêm tụy cấp ở tụy phân đôi dao động từ 25 - 38%, thường tái phát nhiều đợt. Tại Khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tiếp nhận bệnh nhân nữ 57 tuổi vào viện vì đau bụng thượng vị. Bệnh nhân có tiền sử viêm tụy cấp > 10 lần. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp Balthazar D - tụy phân đôi. Bệnh nhân được can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) đặt stent ống tuy. Sau can thiệp theo dõi sau 6 tháng bệnh nhân không xuất hiện tình trạng viêm tụy cấp.

Từ khóa: tụy phân đôi, Pancreatic divisum, nội soi mật tụy ngược dòng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy phân đôi là bất thường bẩm sinh xảy ra ở 4 - 14% dân số.[1] Trong sự phát triển phôi thai bình thường, ống tụy bụng nối tiếp với ống tụy lưng tạo thành ống Wirsung (ống tụy chính), sau đó nối với ống mật chủ và đổ vào tá tráng ở bóng Vater. Phần lớn dịch tụy chảy qua ống tụy chính, 1 phần dịch tụy chảy qua ống tụy lưng hay ống santorini đổ vào nhú tá tràng bé. Ở tụy Divisum, ống tụy lưng và ống tụy bụng không hợp nhất, phần lớn dịch tụy chảy qua ống tụy lưng (Santorini) đổ vào nhú tá bé.

Có 3 loại tụy phân đôi[2]:

- Type I: Mầm ống tụy bụng và mầm ống tụy lưng không hợp nhất (71%).
- Type II: không có mặt của ống tụy bụng, toàn bộ dịch tụy đổ vào nhú tá bé qua ống tụy lưng (23%).
- Type III: Còn sự thông thương nhỏ giữa ống tụy bụng và ống tụy lưng (6%).

Phần lớn các trường hợp tụy phân đôi không có triệu chứng. Tuy nhiên, tùy theo các nghiên cứu, tỷ lệ viêm tụy cấp ở tụy phân đôi dao động từ 25 - 38%, thường tái phát nhiều đợt.[3]

Bình thường, phần lớn dịch tiết tụy (khoảng 2000 ml/ngày) đi qua ống tụy chính. Tụy phân đôi phần lớn dịch tụy đổ vào nhú tá tráng bé quá ống tụy lưng, có thể dẫn đến tắc nghẽn tương đối dịch tụy gây đau, gây tình trạng viêm tụy cấp.

Điều trị tụy phân đôi bao gồm nội soi mật tụy ngược dòng có thể cắt cơ vòng, đặt stent ống tuy hoặc phẫu thuật. Nội soi mật tụy ngược dòng là phương pháp can thiệp an toàn, ít xâm lấn, tỷ lệ thành công cao.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 57 tuổi. Tiền sử: điều trị tăng huyết áp 2 năm bằng viên micardis 40 mg/ngày, bệnh nhân bị viêm tụy cấp nhiều lần (10 lần/3 năm) phải điều trị tại tuyến cơ sở, không rõ nguyên nhân gây viêm tụy cấp. Đợt này bệnh nhân đau bụng thượng vị cách vào viện 4 ngày, không có yếu tố khởi phát, đau lan ra sau lưng,

Tác giả liên hệ: Đậu Quang Liêu
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Email: lieulang.hmu@gmail.com
Ngày nhận: 04/10/2022
Ngày được chấp nhận: 03/11/2022

đau dữ dội, không nôn, không sốt, đại tiện bình thường → vào tuyến cơ sở điều trị 3 ngày với chẩn đoán viêm tụy cấp nhưng bệnh không đỡ nên được chuyển đến Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Khám lúc vào viện

Không sốt.

Đau bụng thượng vị, điểm VAS (Visual Analog Scale) 5 điểm.

Bụng chướng, ấn đau thượng vị.

Mạch: 98 lần/phút; Huyết áp: 180/100mmHg.

Xét nghiệm khi vào viện

Siêu âm ổ bụng: tụy không to, nhu mô đều, ống tụy không giãn, đuôi tụy có nốt vôi hóa đường kính 4mm, quanh vùng đuôi tụy có ít dịch mỏng 3mm và thâm nhiễm nhẹ.

Amylase 150 U/l, Lipase 288 U/l.

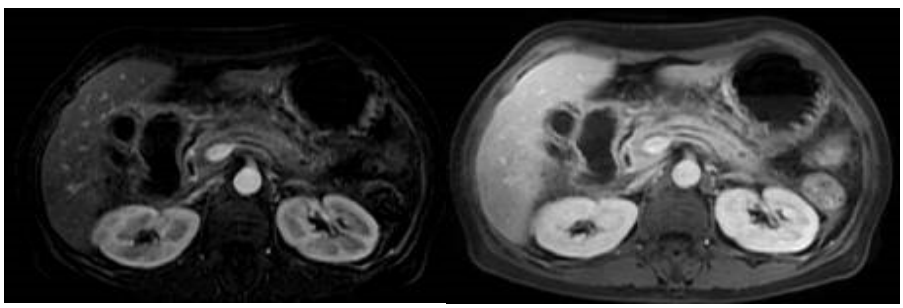
Bilirubin 12,2 µmol/l, GGT 19 U/l, GOT/GPT 10/24 U/l, Calci 2,1 mmol/l. Triglycerid 4,2 mmol/l, CRPhs 6,01 mg/dl, Creatinin 70 µmol/l.

Chẩn đoán: viêm tụy cấp - tăng huyết áp

Bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm tìm nguyên nhân viêm tụy cấp.

IgG4: 80 mg/dl (trong giới hạn bình thường).

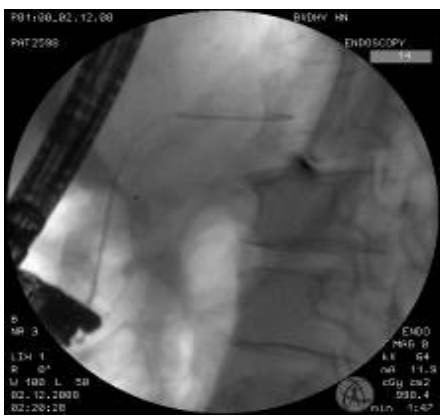
Chụp cộng hưởng từ (MRI) ổ bụng đánh giá hình thái, giải phẫu ống tụy: tăng nhẹ kích thước vùng đầu tụy, bờ tụy mờ xung quanh thâm nhiễm mỡ kèm ít dịch lân đến khoang cạnh thận 2 bên. Ống tụy lưng không hợp lưu với ống mật chủ, giãn nhẹ 4mm đổ vào nhú tá bé, ống tụy bụng hợp lưu với ống mật chủ đổ vào nhú tá lớn.



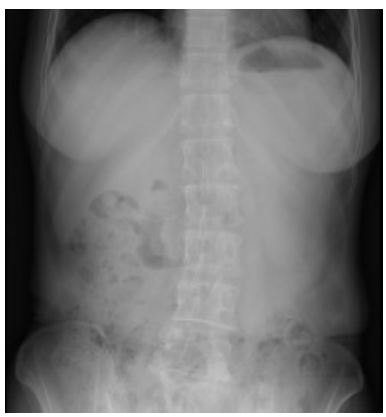
Hình 1. Hình ảnh chụp MRI mật tụy của bệnh nhân

Chẩn đoán xác định: Viêm tụy cấp Balthazar D - Tụy phân đôi - Tăng huyết áp.

Sau khi điều trị tình trạng viêm tụy cấp ổn định, bệnh nhân được chỉ định làm nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) đặt stent ống tụy để giải quyết nguyên nhân viêm tụy cấp, dự phòng tái phát.



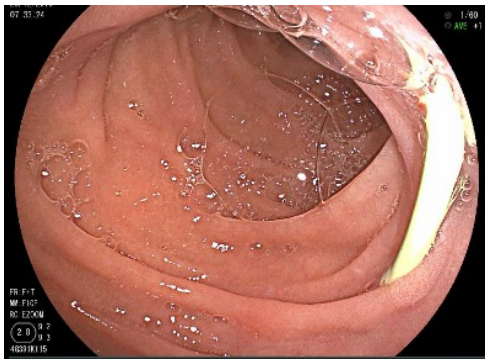
Hình 2. Hình ảnh đặt stent ống tụy lưng trên ERCP của bệnh nhân



Hình 3. Chụp X-quang ổ bụng sau ERCP đặt stent ống tụy

Bệnh nhân khám lại sau 1 tháng

Bệnh nhân không đau bụng. Xét nghiệm men tụy lipase/amylase 102/86 mmol/l. Siêu âm ổ bụng hình ảnh ống tụy giãn nhẹ, stent đầu tụy. Nội soi dạ dày thấy hình ảnh đầu stent ống tuỵ. Theo dõi bệnh nhân sau 6 tháng không tái phát viêm tụy cấp.



Hình 4. Hình ảnh stent ống tụy sau 1 tháng

III. BÀN LUẬN

Tụy phân đôi được hình thành từ khi còn trong bào thai. Bất thường về ống tụy do sự sai lệch khi hợp nhất nhú tụy bụng và nhú tụy lưng trong quá trình phát triển của bào thai (khỏang tuần thứ 8 của thai kỳ). Ở 90% dân số, nhú tụy lưng sẽ thoái triển và hợp nhất cùng với nhú tụy bụng trờ thành ống tụy chính. 10% còn lại sẽ xảy ra những trường hợp phân đôi tụy điển hình và không điển hình. Phân đôi điển hình khi ống tụy bụng nhỏ (hay gọi là ống Wirsung) sẽ dẫn ra nhú tá lớn, ống tụy lưng (hay ống Santorini) dẫn ra nhú tá bé. Phân đôi không điển hình giống phân đôi tụy điển hình, ngoại trừ có thêm nhánh nhỏ liên kết nhú tụy bụng và nhú tụy lưng.[6]

So với bệnh nhân có giải phẫu tuyến tụy bình thường, bệnh nhân viêm tụy cấp do tụy phân đôi thường trẻ hơn, tiền sử ít uống rượu hơn, nữ nhiều hơn nam, có nhiều đợt tái phát. Với những bệnh nhân viêm tụy cấp tái phát nhiều đợt, tụy phân đôi là nguyên nhân thường gặp. Tụy phân đôi thường được tình cờ phát hiện trên chụp cộng hưởng từ ổ bụng. Triệu chứng có thể gặp ở bệnh nhân tụy phân đôi là viêm tụy cấp tái phát nhiều lần. Cộng hưởng từ nên là chỉ định được đặt ra đối với bệnh cảnh lâm sàng thường xuyên tái phát hơn là chụp cắt lớp vi tính.[5] Các phương pháp điều trị tụy phân đôi bao gồm: phẫu thuật cắt cơ thắt, can thiệp nội soi đặt stent ống tụy. Phẫu thuật là phương pháp xâm lấn cao, tuy nhiên có ưu điểm giảm tỷ lệ tái phát triệu chứng, ít gây tổn hại ống tụy. Trong khi đó, nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent ống tụy là phương pháp ít xâm lấn, chi phí thấp hơn, giảm thời gian tái phát triệu chứng. Tuy nhiên, có nhược điểm gây tổn thương ống tụy không hồi phục trong trường hợp tiến hành nhiều lần. Chỉ định phẫu thuật nên được đặt ra khi thất bại với nội soi mật tụy ngược dòng.

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về hiệu quả điều trị tụy phân đôi qua ERCP. Năm 1992, tác giả Johanson nghiên cứu 19 bệnh nhân tụy phân đôi có ít nhất 2 đợt viêm tụy cấp. 10 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên điều trị đặt stent ống tụy qua nội soi mật tụy ngược dòng, 9 bệnh nhân làm nhóm chứng. Thời gian theo dõi của 2 nhóm lần lượt là 28,6 tháng và 31,5 tháng. Kết quả tỷ lệ cải thiện (giảm số lần nhập viện do các

đợt viêm tụy) trong thời gian 2 năm ở những bệnh nhân đươc đặt stent ống tụy và những bệnh nhân không đặt stent 90% so với 11%.[4] Năm 2017, một nghiên cứu gộp từ 380 bài báo, 23 nghiên cứu với 874 bệnh nhân tụy phân đôi được điều trị nội soi mật tụy ngược dòng cắt cơ vòng, stent ống tụy. Thời gian theo dõi trung bình 37 tháng. Tỷ lệ cải thiện triệu chứng sau điều trị dao động từ 31 - 96%. 589/874 bệnh nhân cải thiện, tỷ lệ hiệu quả gộp là 67,5% (KTC 95%, p = 0,0001). Trên nhóm viêm tụy cấp tái phát có tỷ lệ cải thiện gộp 76% (KTC 95%, p = 0,0001). Tỷ lệ viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng là 10,1%.[3]

Bệnh nhân của chúng tôi sau khi được chẩn đoán viêm tụy cấp - tụy phân đôi đã được nội soi mật tụy ngược dòng. Trong quá trình can thiệp được cắt cơ thắt nhú tá bé, tiến hành đặt stent ống tụy lưng. Đây là kỹ thuật lần đầu tiên thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Sau can thiệp theo dõi bệnh nhân không xuất hiện các biến chứng của thủ thuật như: viêm tụy cấp, thủng tá tràng, xuất huyết tiêu hóa. Bệnh nhân được theo dõi trong thời gian 6 tháng, bệnh nhân không xuất hiện tình trạng đau bụng.

IV. KẾT LUẬN

Tụy phân đôi là bất thường bẩm sinh xảy ra ở 4 - 14% dân số. Tụy phân đôi là một trong những nguyên nhân thường gặp gây tình trạng viêm tụy cấp tái phát nhiều lần. Trong hầu hết các bệnh nhân, tụy phân đôi được phát hiện tình cờ trên cộng hưởng từ. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là viêm tụy cấp tái phát nhiều lần. Các can thiệp điều trị làm giảm tắc nghẽn ống tụy. Phẫu thuật cắt cơ vòng đã được chứng minh có hiệu quả, giảm tái phát triệu chứng, ít gây tổn thương ống tụy. Bên cạnh đó, can thiệp nội soi đặt stent ống tụy là lựa chọn có thể thay thế trong bệnh cảnh viêm tụy cấp.[7] Nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent ống tụy điều trị tụy phân đôi là phương pháp ít xâm lấn, chi phí thấp, hiệu quả cao (tỷ lệ cải thiện cao 76%). Tai biến thường gặp của thủ thuật là viêm tụy cấp sau nội soi mật tụy ngược dòng với tỷ lệ 10,1%. Kỹ thuật này đã được thực hiện thành công tại Khoa Nội tổng hợp và Trung tâm Nội soi Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Borghei P, Shirkhoda A, et al. Anomalies, anatomic variants, and sources of diagnostic pitfalls in pancreatic imaging. *Radiology.* 2016;226:28-36.

2. Wang D, Fulcher A, et al. Pancreatitis in patients with pancreas divisum: Imaging features at MRI and MRCP. *World J Gastroenterol.* 2013;19:4907-4916.

3. Michailidis L, Grigorian A, et al. The efficacy of endoscopic therapy for pancreas divisum: A meta-analysis. *Annals of gastroenterology.* 2017;30(5):550-558.

4. Lans JI, Johanson JF, et al. Endoscopic therapy in patients with pancreas divisum and acute pancreatitis: A prospective, randomized, controlled clinical trial. *Gastrointest Endosc.* 1992;38:430-434.

5. Deng-Bin Wang, et al. Pancreatitis in patients with pancreas divisum: imaging features at MRI and MRCP. *World J Gastroenterol.* 2013;(30):4907-16.

6. Rajan K, et al. Endotherapy in symptomatic pancreas divisum: a systematic review. *Pancreatology*. 2014;14(4):244-250.

7. Henning Gerke, et al. Outcome of Endoscopic Minor Papillotomy in Patients with Symptomatic Pancreas Divisum. *J Pancreas*. 2004;5(3):122-131.

Summary

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DIVISUM PANCREATITIS BY ENDOSCOPIC CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY: A CASE REPORT

Pancreatic divisum is a condition that occurs in about 4 - 14% of the population. About 25 - 38% of these patients experienced recurrent pancreatitis. We report a case of 57-year-old female patient admitted to Hanoi Medical University Hospital, Internal Medicine Departement because of abdominal pain. Review of medical chart revealed the patient had pancreatitis more than 10 times in the past. She was diagnosed with pancreatitis Balthazar D - Pancreatic divisum. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with dorsal duct stenting was performed. At 6-month follow-up visit, the patient had no recurrent pancreatitis.

Keywords: pancreatic divisum, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.