

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BẤT THƯỜNG HỢP LƯU MẬT TỤY KHÔNG GIÃN ĐƯỜNG MẬT Ở TRẺ EM

Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹, Trần Đức Tâm¹
Phạm Thị Hải Yến¹ và Phan Hồng Long^{2,1,✉}

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Bất thường hợp lưu mật tụy không có giãn đường mật hiếm gặp ở trẻ em. Tình trạng ống mật chủ và ống tụy hợp lại ở bên ngoài cơ Oddi gây cản trở lưu thông dịch tụy và dịch mật gây nguy cơ trào ngược dịch tụy lên đường mật và ngược lại gây tổn thương đường mật và viêm tụy tái phát. Nghiên cứu mô tả 07 bệnh nhân có bất thường hợp lưu mật tụy không giãn đường mật, viêm tụy cấp tái diễn, được phẫu thuật nội soi tại Trung tâm Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn từ tháng 01/2021 - 04/2022. Có 07 bệnh nhân bao gồm 4 trẻ nam (57,1%) và 3 trẻ nữ (42,9%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $58,8 \pm 39,7$ tháng. Số lần viêm tụy trung bình là $2,7 \pm 0,5$ lần. Đường kính ống mật chủ trung bình là $4,95 \pm 0,92$ mm. Tất cả bệnh nhân đều có hình ảnh bất thường hợp lưu mật tụy trên phim cộng hưởng từ và/hoặc chụp đường mật trong mổ và được phẫu thuật cắt ống mật chủ, nối ống gan chung với hồng tràng Roux-en-Y. Có 04 bệnh nhân (57,1%) được phân loại hợp lưu mật tụy loại B, 03 bệnh nhân (42,9%) được phân loại hợp lưu mật tụy loại C. Không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ. Có 1 bệnh nhân (14,3%) có biến chứng chảy máu sau mổ, được mổ lại sau mổ 1 ngày, hậu phẫu ổn định ra viện sau 9 ngày. Thời gian điều trị sau mổ tại Trung tâm Ngoại tổng hợp trung bình là $8,1 \pm 2,8$ ngày. Phẫu thuật nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung hồng tràng là lựa chọn tốt trong điều trị bất thường hợp lưu mật tụy không có giãn đường mật ở trẻ em.

Từ khóa: Bất thường hợp lưu mật tụy không giãn đường mật, trẻ em, viêm tụy tái phát.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường hợp lưu mật - tụy là bất thường bẩm sinh với ống tụy chính và ống mật chủ hợp với nhau ngoài thành tá tràng. Ở bệnh nhân có bất thường hợp lưu mật - tụy, cơ Oddi không thể điều hòa được chức năng của kênh mật tụy chung nguy cơ trào ngược dịch tụy lên đường mật và ngược lại gây tổn thương đường mật và viêm tụy cấp.¹ Dịch mật trào ngược vào ống tụy gây hoạt hóa emzym của tụy đặc biệt là phospholipase A2 gây tình trạng viêm tụy cấp với đặc điểm nhẹ và tái diễn nhiều lần; tỷ lệ này ở mức cao khoảng 68% ở trẻ em và nguy

cơ dẫn đến viêm tụy mạn cao từ 3 - 19%.² Bất thường hợp lưu mật - tụy được chia làm 2 týp là: Bất thường hợp lưu mật - tụy có giãn đường mật, hay còn gọi là nang ống mật chủ và bất thường hợp lưu mật - tụy không có giãn đường mật. Năm 2015, Hiệp hội bất thường hợp lưu mật - tụy Nhật Bản (JSGPM) đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán giãn đường mật bẩm sinh và đường kính ống mật chủ thay đổi theo tuổi. Dựa vào đó, khi đường kính ống mật chủ lớn hơn giới hạn trên của ống mật chủ so với tuổi thì được chẩn đoán là giãn đường mật và khi nhỏ hơn giới hạn trên đó thì được chẩn đoán là không có giãn đường mật.³ Bệnh thường biểu hiện đau bụng cấp, tái diễn nhiều lần, nôn hoặc buồn nôn, xét nghiệm men tụy tăng cao, nhiều trường hợp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, cộng

Tác giả liên hệ: Phan Hồng Long

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: Honglong.phan14091993@gmail.com

Ngày nhận: 25/04/2023

Ngày được chấp nhận: 16/05/2023

hưởng từ) đường mật không giãn rất dễ bỏ sót chẩn đoán khiến bệnh nhân được điều trị không kịp thời hoặc không được điều trị. Với những trường hợp bất thường hợp lưu mật - tụy không có giãn đường mật chỉ định phẫu thuật còn nhiều tranh cãi: Một số tác giả lựa chọn phẫu thuật cắt ống mật chủ, nối ống gan chung hồng tràng kiểu Roux- en-Y, một số tác giả chỉ cắt túi mật, tuy nhiên hầu hết đều ưa thích lựa chọn phương án cắt ống mật chủ vì nó giải quyết được nguyên nhân gây trào ngược dịch tụy vào ống mật và tránh được nguy cơ ung thư đường mật về sau.⁴ Ở Việt Nam, năm 2019 tác giả Trần Ngọc Sơn có báo cáo 01 trường hợp bất thường kênh chung mật tụy không giãn đường mật được phẫu thuật thành công, từ đó đến nay chưa có thêm báo cáo nào về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý này với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán bất thường hợp lưu mật - tụy không giãn đường mật, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi điều trị tại Trung tâm Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có đường kính ống mật chủ nhỏ hơn 6mm và có bất thường hợp lưu mật - tụy trên phim chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP: Magenic Resonance Cholangiopancreatography) và/hoặc trên phim

chụp đường mật trong mổ (IOC: Intraoperative Cholangiopancreatography) và có từ 2 đợt viêm tụy trở lên (tính đến thời điểm phẫu thuật).

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp tái phát theo tác giả Nalini M. Guda (2018): Viêm tụy cấp được xác định khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

(a) Đau bụng thượng vị gợi ý bệnh lý tụy (đau lan ra sau lưng);

(b) Nồng độ Amylase hoặc Lipase trong máu tăng từ 3 lần giá trị bình thường; và

(c) hình ảnh gợi ý viêm tụy trên cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ hoặc siêu âm (phù tụy, dịch quanh tụy). Viêm tụy cấp tái phát được định nghĩa là viêm tụy cấp từ 2 đợt trở lên và giữa các đợt bệnh nhân trở về bình thường (hết đau bụng; men tụy bình thường) ít nhất 3 tháng.⁶

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có hợp lưu mật - tụy nhưng ống mật chủ $\geq 6\text{mm}$ (theo tiêu chuẩn của tác giả Ando 1995), bệnh nhân có can thiệp hoặc phẫu thuật vào đường mật trước đó hoặc bệnh nhân có các bệnh lý khác ảnh hưởng đến kết quả điều trị.⁷

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

Phương pháp chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện.

- Phân loại bất thường hợp lưu mật - tụy theo Hiệp hội bất thường mật- tụy Nhật Bản năm 2017.⁵



Type A: Hẹp phần thấp hợp lưu mật tụy

Type B: Không hẹp phần thấp hợp lưu mật tụy

Type C: Giãn hợp lưu mật tụy

Type D: Type hỗn hợp

Hình 1. Phân loại bất thường hợp lưu mật - tụy (Nguồn: Urushihara N, 2017)

Quy trình phẫu thuật thống nhất của Bệnh viện

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi với 04 trocar (Hình 2); trong mổ sẽ khâu treo túi mật lên thành bụng, dùng kim xuyên qua thành bụng vào đáy túi mật lấy dịch mật để làm xét nghiệm (amylase và lipase) đồng thời bơm 20ml thuốc cản quang tan trong nước (XENETIX 350 - Guerbet) vào túi mật để chụp đường mật bằng máy C-arm. Phẫu tích cắt toàn bộ đường mật ngoài gan; đầu dưới đến sát hợp lưu mật - tụy (dựa vào sự thay đổi khẩu kính của ống mật chủ để xác định ranh giới tránh làm tổn thương ống tụy), đầu trên cắt đến ống gan chung ngay trên vị trí đổ của ống cổ túi mật, có tạo hình ống gan chung dạng chéo vát để làm rộng miệng nối. Sử dụng quai hồng tràng đầu tiên cách góc Treitz 40cm đưa qua trocar rốn làm quai Roux-en-Y ngoài cơ thể. Đưa quai Roux-en-Y qua mạc treo đại tràng ngang, nối mật ruột mũi rời 1 lớp cả mặt trước và mặt sau chỉ PDS 6/0. Cắt túi mật, kết thúc phẫu thuật có thể đặt dẫn lưu ổ bụng hoặc không.

Đường kính của đường mật sẽ được đo trên phim chụp cộng hưởng từ và/hoặc phim chụp đường mật trong mổ dựa trên tỷ lệ xích trên máy tính (Phần mềm INFINITT PACS 2021).



Hình 2. Vị trí đặt trocar trong mổ (1: Trocar rốn 10mm đưa camera, 2, 3, 4: Trocar kênh hoạt động, mũi tên đen: Chỉ khâu treo gan) (Nguồn: Tác giả, bệnh nhân số 2 mã bệnh án 190328550)

Các số liệu phân tích được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, số đợt viêm tụy, biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng: nồng độ amylase máu, men gan, nồng độ bilirubin toàn phần máu, đường kính của ống mật chủ, type hợp lưu mật tụy, nồng độ amylase trong dịch mật lấy từ túi mật trong mổ, các tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện, giải phẫu bệnh sau mổ. bệnh nhân sau khi ra viện được khám định kỳ: 1 tuần sau khi ra viện, 1 tháng/lần trong 3 tháng đầu, 2 tháng/lần trong 6 tháng tiếp theo và 3 tháng/lần trong 1

năm sau đó. Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 sử dụng thuật toán tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu và người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân được giải thích về mục tiêu nghiên cứu, quyền lợi, trách nhiệm, nghĩa vụ khi tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin

của bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Có 7 bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu, bao gồm 4 trẻ nam (57,1%) và 3 trẻ nữ (42,9%). Tuổi trung bình là $58,8 \pm 39,7$ tháng, dao động từ 24 đến 144 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Tỷ lệ (%) (n = 7)
Đau bụng	100,0% (7/7)
Nôn	28,6% (2/7)
Vàng da	14,3% (1/7)
Phân bạc màu	14,3% (1/7)
Tăng amylase máu	85,7% (6/7)
Đặc điểm bệnh lý bất thường kênh chung mật tụy	
Sốt đợt viêm tụy	$2,7 \pm 0,5$ (đợt)
Týp kênh chung mật tụy (A/B/C/D)	0/4/3/0
Nồng độ amylase trong dịch mật	$7149,4 \pm 1387,1$ (U/L)

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong nghiên cứu là đau bụng 100%, nôn 28,6%, vàng da và phân bạc màu 14,3%. Có 6 bệnh nhân tăng amylase máu chiếm 85,7%. Số đợt viêm tụy trung bình là $2,7 \pm 0,5$ đợt, dao động từ 2 đến 6 đợt. Có 4 bệnh nhân được phân loại hợp

lưu mật - tụy týp B chiếm 57%, 3 bệnh nhân được phân loại hợp lưu mật - tụy týp C chiếm 43%, không có bệnh nhân nào có phân loại hợp lưu mật - tụy týp A và týp D. Nồng độ amylase trong dịch mật tăng ở hầu hết bệnh nhân với giá trị trung bình là 7149,4 U/L.

Bảng 2. Đặc điểm các ca bệnh

BN	Giới	Tuổi phẫu thuật (tháng)	Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng	Công cụ chẩn đoán bất thường hợp lưu mật tụy	Kích thước đường mật trước mổ (mm)MRCP	Kích thước đường mật trong mổ trên phim chụp đường mật (mm)
1	Nam	24	Đau bụng, nôn	MRCP + IOC	4,00	3,75
2	Nam	55	Đau bụng, tăng amylase máu	MRCP	4,60	3,54

3	Nữ	54	Đau bụng, vàng da, phân bạc màu, tăng amylase máu	MRCP + IOC	5,20	5,20
4	Nam	144	Đau bụng, nôn, tăng amylase máu	MRCP + IOC	5,40	5,62
5	Nam	48	Đau bụng, tăng amylase máu	MRCP	5,32	5,40
6	Nữ	57	Đau bụng, tăng amylase máu	MRCP + IOC	4,80	5,34
7	Nữ	30	Đau bụng, tăng amylase máu	MRCP	4,50	5,83

Đường kính đường mật trước mổ trung bình là $4,83 \pm 0,51\text{mm}$, nhỏ nhất là $4,00\text{mm}$, lớn nhất là $5,40\text{mm}$. Đường kính đường mật trong

mổ trung bình là $4,95 \pm 0,92\text{mm}$, nhỏ nhất là $3,54\text{mm}$, lớn nhất là $5,83\text{mm}$.



Hình 3. Hình ảnh bất thường hợp lưu mật - tụy trên phim chụp đường mật và cộng hưởng từ

A. Chụp đường mật trong mổ bệnh nhân số 1 (Mã bệnh án 139104106): Bất thường hợp lưu mật - tụy tụy B, đường kính ống mật chủ $3,75\text{mm}$ (Mũi tên đen dày), ống tụy đổ vào ống mật (Mũi tên trắng) trước khi đổ vào tá tràng chiều dài kênh chung $8,26\text{mm}$ (Mũi tên đen mảnh)

B. Chụp đường mật trong mổ bệnh nhân số 6 (Mã bệnh án 210042170): Bất thường hợp lưu mật - tụy tụy B, đường kính ống mật chủ $5,34\text{mm}$ (Mũi tên đen dày), ống tụy đổ vào ống mật (Mũi tên trắng) trước khi đổ vào tá tràng chiều dài kênh chung $11,66\text{mm}$ (Mũi tên đen mảnh)

C. Chụp cộng hưởng từ bệnh nhân số 2 (Mã bệnh án 190328550): Bất thường hợp lưu mật - tụy tụy C, đường kính ống mật chủ $3,54\text{mm}$ (Mũi tên vàng), ống tụy đổ vào ống mật (Mũi tên trắng dày) có giãn kênh chung, chiều dài kênh chung $12,68\text{mm}$ (Mũi tên trắng mảnh)

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật và theo dõi sau mổ

BN	Phẫu thuật	Týp bất thường hợp lưu mật - tụy	Nồng độ amylase trong dịch mật (U/L)	Biến chứng sau mổ	Thời gian theo dõi	Kết quả sớm
1	Nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung - hồi tràng Roux-en-Y	B	7540,1	Không	5 tháng	Không còn triệu chứng
2	Nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung - hồi tràng Roux-en-Y	C	6240,0	Chảy máu sau mổ từ diện phẫu tích ống mật chủ, mổ lại sau mổ 1 ngày, nội soi ổ bụng cầm máu, bệnh nhân ổn định ra viện sau 9 ngày	10 tháng	Không còn triệu chứng
3	Nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung - hồi tràng Roux-en-Y	C	450,0	Không	12 tháng	Không còn triệu chứng
4	Nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung - hồi tràng Roux-en-Y	B	6,2	Không	8 tháng	Không còn triệu chứng lâm sàng, siêu âm sau mổ 8 ngày ống tụy giãn nhẹ 3mm, không tăng men tụy
5	Nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung - hồi tràng Roux-en-Y	C	3756,2	Không	7 tháng	Không còn triệu chứng

BN	Phẫu thuật	Týp bất thường hợp lưu mật - tụy	Nồng độ amylase trong dịch mật (U/L)	Biến chứng sau mổ	Thời gian theo dõi	Kết quả sớm
6	Nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung-hỗng tràng Roux-en-Y	B	27,0	Không	6 tháng	Không còn triệu chứng
7	Nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung -hỗng tràng Roux-en-Y	B	32.026,4	Không	7 tháng	Không còn triệu chứng

Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi cắt ống mật chủ, túi mật, nối ống gan chung-hỗng tràng Roux-en-Y. Có 1 bệnh nhân (14,3%) biến chứng chảy máu sau mổ tại diện phẫu tích ống mật chủ, phải mổ lại cầm máu, bệnh nhân ổn định theo dõi lâm sàng 10 tháng không có triệu chứng tái phát. Thời gian mổ trung bình là $165,7 \pm 20,7$ phút. Thời gian theo dõi trung bình là $7,9 \pm 2,4$ tháng, 6 bệnh nhân (85,7%) không còn triệu chứng, có 1 bệnh nhân (14,3%) siêu âm sau mổ 8 ngày có giãn ống tụy, theo dõi 8 tháng hiện không có triệu chứng lâm sàng, siêu âm ống tụy không giãn.

Giải phẫu bệnh sau mổ tất cả bệnh nhân biểu hiện tình trạng viêm mạn tính đường mật, không có tế bào ác tính. Không có bệnh nhân nào tử vong trong và sau mổ. Thời gian điều trị sau mổ tại khoa Ngoại trung bình là $8,1 \pm 2,8$ ngày (dao động 6 – 14 ngày).

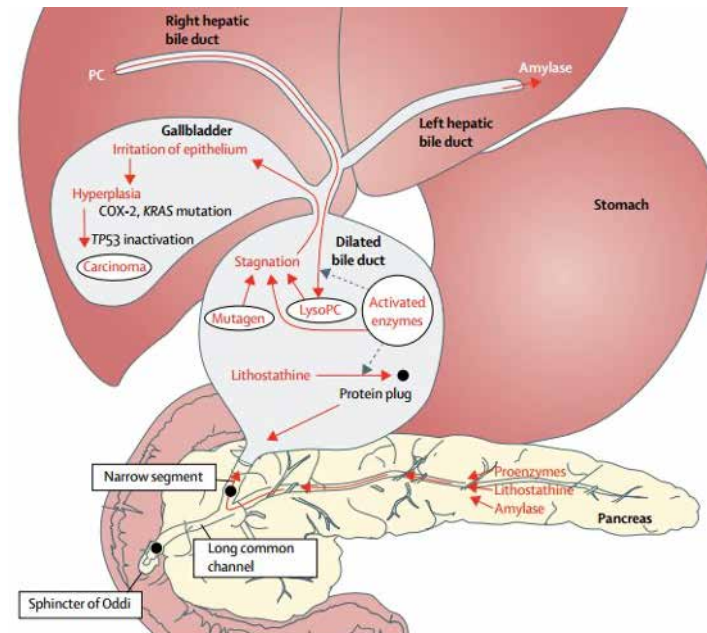
IV. BÀN LUẬN

Bất thường hợp lưu mật - tụy khi ống mật chủ và ống tụy chính hợp lại ở bên ngoài cơ Oddi thành tá tràng hoặc chiều dài kênh chung $\geq 15\text{mm}$.^{2,3} Triệu chứng thường gặp đau bụng,

nôn hoặc buồn nôn, vàng da, phân bạc màu, tăng men tụy (amylase và lipase máu), tăng bilirubin máu và men gan. Các triệu chứng này gợi ý có sự tắc nghẽn đường mật và viêm tụy cấp. Chẩn đoán bất thường hợp lưu mật - tụy chủ yếu dựa vào chụp mật tụy ngược dòng, MRCP, chụp đường mật qua da và/hoặc chụp đường mật trong mổ.⁸ Năm 2012, tác giả Wan-liang Guo, nghiên cứu 75 trường hợp có bất thường hợp lưu mật - tụy, đưa ra độ nhạy của các phương pháp chẩn đoán: Chụp đường mật trong mổ là 80%, MRCP là 65% và chụp cắt lớp vi tính là 19,6% trong đó MRCP là phương pháp không xâm lấn và nên là lựa chọn đầu tay trong chẩn đoán bất thường hợp lưu mật - tụy ở trẻ em.⁹ Ngoài ra, sự tăng nồng độ amylase trong dịch mật lấy ra từ túi mật minh chứng sự trào ngược dịch tụy vào dịch mật do không được sự kiểm soát của cơ Oddi thành tá tràng. Vì áp lực của dịch tụy thường cao trong ống tụy hơn áp lực của dịch mật nên dịch tụy thường trào ngược vào dịch mật (Hình 3).¹⁰ Mặt khác trong một số báo cáo khác cho rằng có sự trào ngược dịch mật vào ống tụy ở những bệnh nhân có bất thường hợp lưu mật - tụy gặp ở khoảng 40%

gây nên tình trạng viêm tụy cấp tái phát.¹¹ Trong nghiên cứu, nồng độ amylase trong dịch mật tăng ở hầu hết bệnh nhân với giá trị trung bình là 7149,4 U/L tương tự với các giả thuyết của các tác giả trên. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu số đợt viêm tụy nhiều nhất là 6 đợt điều trị nội khoa không đáp ứng, chụp MRCP phát

hiện có kênh chung mật tụy tít B, chiều dài kênh chung 11,66mm, đường kính ống mật chủ 5,34mm; bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt ống mật chủ, nối ống gan chung hồng tràng Roux-en-Y miệng nối mật ruột mũi rời chỉ PDS 6/0. Sau mổ bệnh nhân ổn định.



Hình 4. Sinh lý bệnh trong bất thường hợp lưu mật - tụy
(Nguồn: *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 2017)

Trước đây, bất thường hợp lưu mật - tụy không có giãn đường mật có một số tiêu chuẩn khác nhau giữa các tác giả. Các phương pháp đo đường kính đường mật ngoài gan được sử dụng phổ biến là siêu âm, chụp cộng hưởng từ (MRCP) và chụp đường mật trong mổ. Tuy nhiên, đường kính của ống mật chủ trên siêu âm và chụp cộng hưởng từ sẽ nhỏ trên phim chụp đường mật trong mổ do áp lực của thuốc cản quang trong lòng đường mật trên phim chụp đường mật trong mổ gây giãn nhẹ đường mật.⁴ Ando và cộng sự (1995) tổng kết 7 trường hợp có kênh chung mật tụy và sử dụng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng chụp đường mật

đưa ra định nghĩa giãn đường mật khi đường kính ống mật $\geq 6\text{mm}$, trong khi đó tác giả Miyano và cộng sự cho rằng đường kính ống mật $\geq 8\text{mm}$ mới thực sự giãn đường mật.⁷ Năm 2016, tác giả Yoshinori Hamada đưa ra kích thước đường mật theo tuổi dựa trên siêu âm.³ Đường kính ống mật chủ trong nghiên cứu là $4,95 \pm 0,92\text{mm}$ tương đương với kết quả của tác giả Miyake (2022) và chúng tôi lấy theo tiêu chuẩn của tác giả Ando với điểm cut-off là 6mm .^{1,7}

Năm 1994, Hiệp hội bất thường mật tụy Nhật Bản phân loại bất thường mật tụy chia làm 3 tít: Tít A: Ống mật chủ đổ vào ống tụy chính, tít B: Ống tụy chính đổ vào ống mật chủ, tít C: Thể

phức tạp. Đến năm 2017, có sự phân loại và bổ sung đầy đủ hơn thành 4 týp (Hình 1) trong đó týp B và týp C hay gặp nhất, týp B thường liên quan đến bệnh lý viêm tụy cấp (85%) còn týp C thường liên quan đến biến chứng thủng ống mật chủ, viêm phúc mạc mật (14,3%).^{5,12} Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả trên chủ yếu gặp hợp lưu mật - tụy týp B và týp C với tỷ lệ tương ứng là 57,1% và 42,9%, không có trường hợp nào có biến chứng thủng ống mật chủ hay viêm phúc mạc mật.

Năm 2017, tác giả Terumi Kamisawa và cộng sự khảo sát ở Nhật Bản, ung thư đường mật gặp khoảng 22% ở người lớn bất thường hợp lưu mật - tụy có giãn đường mật và 42% ở người lớn bất thường hợp lưu mật - tụy không có giãn đường mật (88% ở túi mật, 7% ở ống mật chủ). Những phát hiện này cho thấy tình trạng ứ đọng mật và dịch tụy tạo ra các chất nguy hiểm cho đường mật (các enzym tuyến tụy hoạt hóa, lysolecithin, acid mật thứ cấp hoặc tự do và các chất gây đột biến), gây viêm mạn tính và tăng sản biểu mô đường mật, kích hoạt gen KRAS và TP53 (Hình 3).^{10,14} Do tỷ lệ ung thư túi mật cao nên một số tác giả đề nghị chỉ cắt bỏ túi mật, không cắt ống mật chủ để tránh hẹp đường mật. Nhưng do chỉ cắt bỏ túi mật chưa xử lý bất thường hợp lưu mật - tụy, nên sau mổ bệnh nhân có biểu hiện viêm tụy tái phát. Vì vậy tác giả Ando khuyến cáo phẫu thuật cần cắt bỏ túi mật và ống mật chủ, là nơi có nguy cơ phát triển thành ung thư, và ngăn ngừa trào ngược dịch tụy lên đường mật, sau đó nối ống gan chung hồng tràng Roux-en-Y.⁷ Tác giả Trần Ngọc Sơn (2019) báo cáo 1 trường hợp phẫu thuật nội soi một đường rạch cắt ống mật chủ và túi mật, nối ống gan chung hồng tràng tính khả thi, an toàn và hiệu quả.¹³ Chúng tôi đồng ý với quan điểm của tác giả trên, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật nội soi cắt ống mật chủ và túi mật, nối ống gan

chung- hồng tràng Roux-en-Y. Phẫu thuật nội soi yêu cầu phẫu thuật viên có kinh nghiệm, ống gan chung nhỏ nên thực hiện miệng nối sẽ khó khăn và nguy cơ hẹp miệng nối cao vì vậy chúng tôi sử dụng khâu mũi rời cả mặt trước và mặt sau, sử dụng chỉ PDS 6/0 và có tạo hình ống gan chung theo hình chéo vát để làm rộng miệng nối. Theo dõi kết quả sớm sau mổ không có bệnh nhân nào viêm tụy tái phát. Tuy nhiên cần theo dõi bệnh nhân lâu hơn để đánh giá kết quả trung hạn và dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Cần nghĩ tới bất thường hợp lưu mật tụy ở trẻ em khi trẻ viêm tụy tái phát nhiều lần. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật và ống mật chủ, nối ống gan chung hồng tràng là lựa chọn tốt trong điều trị bất thường hợp lưu mật tụy không có giãn đường mật ở trẻ em với kết quả sớm an toàn, hiệu quả, không có tái phát viêm tụy, tránh nguy cơ ung thư túi mật và đường mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miyake H, Fukumoto K, Yamoto M, et al. Pancreaticobiliary maljunction without biliary dilatation in pediatric patients. *Surg Today*. 2022; 52(2): 207–214. doi:10.1007/s00595-021-02322-5.
2. Kamisawa T, Okamoto A. Biliopancreatic and Pancreatobiliary Refluxes in Cases with and without Pancreaticobiliary Maljunction: Diagnosis and Clinical Implications. *Digestion*. 2006; 73(4): 228–236. doi:10.1159/000095424.
3. Hamada Y, Ando H, Kamisawa T, et al. Diagnostic criteria for congenital biliary dilatation 2015. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2016; 23(6): 342–346. doi:10.1002/jhbp.346.
4. Ono Y, Kaneko K, Tainaka T, et al. Pancreaticobiliary Maljunction Without Bile Duct Dilatation in Children: Distinction From Choledochal Cyst. *Journal of Pediatric*

- Gastroenterology & Nutrition*. 2008; 46(5): 555–560. doi:10.1097/MPG.0b013e3181623291.
5. Urushihara N, Hamada Y, Kamisawa T, et al. Classification of pancreaticobiliary maljunction and clinical features in children. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2017; 24(8): 449–455. doi:10.1002/jhbp.485.
6. Guda NM, Muddana V, Whitcomb DC, et al. Recurrent Acute Pancreatitis: International State-of-the-Science Conference With Recommendations. *Pancreas*. 2018; 47(6): 653–666. doi:10.1097/MPA.0000000000001053.
7. Ando H, Ito T, Nagaya M, et al. Pancreaticobiliary maljunction without choledochal cysts in infants and children: Clinical features and surgical therapy. *Journal of Pediatric Surgery*. 1995; 30(12): 1658–1662. doi:10.1016/0022-3468(95)90445-x.
8. Zeng JQ, Deng ZH, Yang KH, et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in children with symptomatic pancreaticobiliary maljunction: A retrospective multicenter study. *WJG*. 2019; 25(40): 6107–6115. doi:10.3748/wjg.v25.i40.6107.
9. Guo W, Huang S, Wang J, et al. Imaging findings in 75 pediatric patients with pancreaticobiliary maljunction: a retrospective case study. *Pediatr Surg Int*. 2012; 28(10): 983–988. doi:10.1007/s00383-012-3159-6.
10. Kamisawa T, Kaneko K, Itoi T, et al. Pancreaticobiliary maljunction and congenital biliary dilatation. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2017; 2(8): 610–618. doi:10.1016/S2468-1253(17)30002-X.
11. Ishibashi H, Shimada M, Kamisawa T, et al. Japanese clinical practice guidelines for congenital biliary dilatation. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2017; 24(1): 1–16. doi:10.1002/jhbp.415.
12. Zhu L, Xiong J, Lv Z, et al. Type C Pancreaticobiliary Maljunction Is Associated With Perforated Choledochal Cyst in Children. *Front Pediatr*. 2020; 8: 168. doi:10.3389/fped.2020.00168.
13. Sơn TN, Mai DV. Điều trị bất thường hợp lưu mật tụy ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi một đường rạch nối ống gan chung- hồng tràng. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2019; Hội nghị Ngoại Nhi Việt Nam lần thứ XIV(9): 124–129.
14. Morine Y, Shimada M, Takamatsu H, et al. Clinical features of pancreaticobiliary maljunction: update analysis of 2nd Japan-nationwide survey. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013; 20: 472–480. doi: 10.1007/s00534-013-0606-2.

Summary

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF PANCREATICOBILIARY MALJUNCTION WITHOUT BILE DUCT DILATATION IN CHILDREN

Pancreaticobiliary maljunction without bile duct dilatation (nondilated type) is rare in children. This is a condition where the common bile duct and pancreatic duct merge outside the Oddi's sphincter, obstructing the circulation of the pancreatic juice and bile, risking reflux of pancreatic juice into the biliary tract and vice versa, causing biliary damage and recurrent pancreatitis. This is a retrospective review of 07 patients with abnormal pancreatic biliary confluence, recurrent acute pancreatitis, who underwent laparoscopic surgery at the General Surgery Center of the National Children's Hospital from January 2021 to April 2022. There were 07 patients including 4 males (57.1%) and 3 females (42.9%). The mean age of the patients was 58.8 ± 39.7 months. The average events of pancreatitis was 2.7 ± 0.5 times. The average diameter of the common bile duct was 4.95 ± 0.92 mm. All patients had abnormal images of pancreaticobiliary maljunction without bile duct dilatation on magnetic resonance imaging or intraoperative cholangiography and underwent a laparoscopic hepatico-jejunostomy, connecting the common hepatic duct to the Roux-en-Y jejunum. There were 04 patients (57.1%) classified into type B pancreaticobiliary maljunction, 03 patients (42.9%) were classified as type C pancreaticobiliary maljunction. There was no mortality post surgery. There was 1 patient (14.3%) with postoperative bleeding complications, who was re-operated 1 day after surgery, remained stable postoperatively, and discharged after 9 days. The average postoperative treatment time at the General Surgery Center was 8.1 ± 2.8 days. In conclusion, laparoscopic extra-hepatic bile duct resection, hepatico-jejunostomy can be done with no mortality and minimal complication.

Keywords: Pancreaticobiliary maljunction without bile duct dilatation, children, recurrent pancreatitis.