

PHẪU THUẬT NỘI SOI TOÀN BỘ CẮT KHỐI TÁ TUY, NHÂN TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN THỰC HIỆN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI, NHÌN LẠI Y VẤN VỀ CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Hàm Hội^{1,2,✉}, Nguyễn Thành Khiêm², Đặng Kim Khuê²
Lê Văn Duy², Trịnh Hồng Sơn³, Nguyễn Đăng Vững¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Việt Đức

Phẫu thuật nội soi đang ngày càng thay thế nhiều phẫu thuật mổ mở kinh điển. Cắt khối tá tụy nội soi toàn bộ cũng đã dần được thực hiện tại các trung tâm ngoại khoa trên Thế giới và Việt Nam, tuy nhiên số lượng chưa nhiều. Chúng tôi thông báo trường hợp đầu tiên cắt khối tá tụy nội soi toàn bộ được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai và xem lại y vấn về chỉ định, kết quả điều trị. Bệnh nhân nữ, 64 tuổi, chẩn đoán ung thư bóng Vater (T3N0M0), Phẫu thuật cắt khối tá tụy nội soi hoàn toàn. Thời gian mổ 540 phút, mất máu 150ml, sau mổ có chảy máu ổ bụng ngày thứ 4 điều trị nội khoa ổn định, không có các biến chứng khác. Bệnh nhân ra viện ngày thứ 23. Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến, di căn 4/32 hạch nạo vét (T3bN2M0). Trường hợp này đã cho thấy cắt khối tá tụy nội soi hoàn toàn có thể thực hiện được ở bệnh nhân ung thư vùng tá tràng đầu tụy, có thể cắt bỏ, chưa xâm lấn mạch máu và cho kết quả tốt.

Từ khoá: cắt khối tá tụy nội soi, cắt khối tá tụy nội soi toàn bộ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt khối tá tràng đầu tụy (pancreaticoduodenectomy: PD) là một kỹ thuật khó trong phẫu thuật tiêu hoá. Nguy cơ biến chứng và tử vong còn cao mặc dù đã có những cải tiến trong kỹ thuật và phương tiện dụng cụ. Tuy nhiên đây lại là kỹ thuật tốt nhất được lựa chọn để điều trị triệt để những khối u vùng tá tràng đầu tụy. Với sự tiến bộ của phương tiện, kỹ thuật, hiểu biết về giải phẫu nên kỹ thuật mổ xâm lấn tối thiểu đã được đưa vào thực hiện nhiều trong các chuyên khoa khác nhau. Mặc dù vậy, kể từ khi M. Gagner và cộng sự thông báo ca PD nội soi toàn bộ (total laparoscopic

pancreaticoduodenectomy: TLPD: thực hiện cả thì phẫu tích và làm miệng nối nối qua nội soi) đầu tiên năm 1994, kỹ thuật này vẫn được chấp nhận rất hạn chế do mức độ khó cao về tiếp cận và yêu cầu phẫu thuật viên phải được đào tạo nâng cao về phẫu thuật nội soi.¹ Cho đến gần đây TLPD đã được thực hiện ở nhiều trung tâm trên thế giới và đạt kết quả rất tốt.²⁻⁴ Tại Bệnh viện Bạch Mai, một trong những bệnh viện lớn nhất cả nước, có rất nhiều bệnh nhân đến vì bệnh lý khối u vùng tá tràng đầu tụy. PD đã được thực hiện ở Bệnh viện Bạch Mai từ thập kỷ 70 thế kỷ trước. PTNS hỗ trợ PD đã thực hiện từ 09/2016 và hiện nay đã bắt đầu triển khai TLPD.⁵ Nhân một trường hợp đầu tiên được cắt thực hiện TLPD tại khoa Phẫu thuật Tiêu hoá - Gan mật tụy, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi muốn thông báo và nhìn lại về y

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hàm Hội

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Hamhoint30@gmail.com

Ngày nhận: 22/03/2022

Ngày được chấp nhận: 04/05/2022

vấn chỉ định, kết quả sớm của TLPD.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân Ngô Thị Kh. 64 tuổi, mã bệnh án BM21000491, tiền sử khỏe mạnh, vào viện ngày 28.01.2021 vì vàng da, bệnh diễn biến trước vào viện 20 ngày do đau bụng, vàng da tăng dần. Khám lúc vào viện thể trạng trung bình, BMI 21,2, không phù, hạch ngoại vi không to, da niêm mạc vàng, bụng mềm, không chướng, hội chứng tắc mật thấp dương tính (tiểu vàng đậm, phân bạc màu, túi mật to), không sờ thấy

khối u, không có dịch ổ bụng.

Siêu âm bụng: đường mật trong và ngoài gan giãn, ống mật chủ giãn 10mm đến phần thấp, không thấy nguyên nhân tắc nghẽn.

Nội soi dạ dày, tá tràng: vùng bóng Vater có thâm nhiễm, bóng Vater lồi to (hình 1). Kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô tuyến.

Siêu âm nội soi: tổn thương thâm nhiễm vùng bóng Vater, giãn đường mật đến sát bóng Vater nhưng không thấy tổn thương khối u (hình 2).

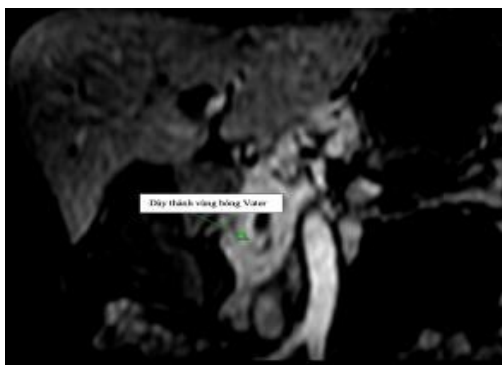


Hình 1. Tổn thương trên nội soi



Hình 2. Tổn thương trên siêu âm nội soi

MRI: giãn đường mật trong và ngoài gan đến sát vùng bóng Vater, nghi ngờ có khối u vùng bóng Vater gây tắc OMC đoạn thấp, không thấy rõ hạch to quanh vùng tá tràng đầu tụy, không thấy di căn xa. Tụy hình thái, cấu trúc bình thường, nhu mô đồng nhất, không có khối khu trú, ống tụy không giãn. Gan nhu mô đồng nhất, có nang 8mm. Động mạch gan phải đến từ động mạch mạc treo tràng trên.



Hình 3. Tổn thương trên phim chụp MRI

Các thăm dò không thấy dấu hiệu di căn xa, X-quang phổi không thấy tổn thương.

Xét nghiệm: Sinh hoá máu Bilirubin TP/TT: 358,7/194,7 $\mu\text{mol/L}$; GOT/GPT 346/193 U/L; Albumin 39,4 g/L, Creatinin 65 $\mu\text{mol/L}$, Glucose máu 7,5 mmol/L; Công thức máu: Hồng cầu 4,06 T/L; HCT 0,27 L/L; Tiểu cầu 405 G/L; Bạch cầu 8,25 G/L; Đông máu: PT (s) 13,2 giây, PT (%): 79%, PT-INR: 1,18.

Chẩn đoán trước mổ: ung thư bóng Vater T3N0M0.

Chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tràng đầu tụy, nạo vét hạch chuẩn nội soi toàn bộ

Phẫu thuật tiến hành ngày 02.02.2021.

- Vào ổ bụng qua 5 trocar (1 trocar 10mm ở rốn, 12mm đường giữa đòn phải ngang rốn, 12mm đường giữa đòn trái ngang rốn, 5mm đường nách trước dưới sườn phải, 5mm đường nách trước dưới sườn trái).

- Tổn thương trong mổ: ổ bụng có ít dịch do tắc mật, phúc mạc không có bất thường gan to ú mật, túi mật to, ống mật chủ giãn khoảng 2cm đến sau đầu tụy. Vùng đầu tụy tá tràng nhìn ngoài không thấy tổn thương, thăm dò bằng dụng cụ phẫu thuật nội soi cảm thấy tương ứng vùng bóng Vater cứng hơn bình thường. Hạch quanh vùng tá tràng đầu tụy nhìn thấy được qua camera to khoảng 0,5 - 1cm, không cứng, di động. Tụy mềm mại, không viêm. Kiểm tra dạ dày, ruột non, đại tràng, tử cung, buồng trứng nhìn ngoài không tổn thương.

- Sau khi thăm dò, quy trình phẫu thuật cắt

khối tá tụy, vét hạch, lấy toàn bộ mạc treo được thực theo các bước sau:

+ Thì phẫu tích được thực hiện bằng cách tiếp cận động mạch mạc treo tràng trên (ĐMMTTT) trước từ phía mạc treo bên trái (bộ lộ nhánh động mạch đầu tiên của hồng tràng sát động mạch mạc treo tràng trên, cắt sát gốc nhánh đầu hồng tràng và động mạch tụy dưới). Phẫu tích tiếp tục bờ trái động mạch mạc treo tràng trên đến sát gốc ngay trên tĩnh mạch thận trái. Phẫu tích cắt quai đầu hồng tràng bằng stapler). Phía sau giải phóng tá tràng D3 ra khỏi mặt trước động mạch và tĩnh mạch chủ. Giải phóng mạc nối lớn, đại tràng ngang, đại tràng phải ra khỏi vùng tá tràng đầu tụy, thắt thân Henle bằng hemolock. Làm động tác Kocher, giải phóng hoàn toàn khối tá tụy ra khỏi mặt trước động mạch và tĩnh mạch chủ. Cắt dạ dày ngang hang vị bằng stapler 60mm. Giải phóng eo tụy ra khỏi tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa, cắt nhu mô ngang eo tụy bằng dao điều âm, nhìn thấy ống tụy giãn khoảng 3 - 5mm, mòm ống tụy để khoảng 5mm. Giải phóng toàn bộ khối tá tụy ra khỏi động mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa, thắt các tĩnh mạch tá tụy dưới và tá tụy sau trên bằng hemolock (Hình 4). Nạo vét hạch lên đến động mạch thân tạng, quanh động mạch gan chung và hạch cuống gan. Cắt túi mật, cắt đường mật ngoài gan ngang ống gan chung. Bệnh phẩm khối tá tụy và các nhóm hạch (5, 6, 7, 8, 9, 12a, 12b1, 12b2, 12v, 13, 14a, 14b, 15) được lấy nguyên khối (hình 5).



Hình 4. Sau khi cắt khối tá tụy



Hình 5. Bệnh phẩm được lấy ra

+ Thì phục hồi lưu thông: thực hiện miệng nối tụy ruột 2 lớp (lớp thứ nhất thanh cơ ruột mặt dưới với nhu mô tụy mặt sau, khâu vắt monosyl 5/0, lớp thứ 2 nối ống tụy - niêm mạc ruột bằng mũi rời monosyl 5/0 6 mũi (3 mũi sau, 3 mũi trước), có đặt 1 ống plastic số 6 vào ống tụy xuống ruột, nối lớp thanh cơ mặt trước với nhu mô tụy mặt trước khâu vắt monosyl 5/0), miệng nối mặt ruột 1 lớp cách miệng nối tụy ruột khoảng 10 cm, miệng nối dạ dày ruột bằng stapler thẳng trước đại tràng ngang. Cả 3 miệng nối thực hiện trên 1 quai ruột.

+ Cố định lỗ góc tá tràng, cố định chỗ đưa quai ruột qua mạc treo đại tràng, đặt 2 dẫn lưu dưới gan.

Thời gian mổ là 540 phút, trong đó, thời gian phẫu tích, cắt bệnh phẩm là 240 phút, làm miệng nối tụy ruột là 75 phút, nối mặt ruột là 60 phút, nối dạ dày ruột là 60 phút. Bệnh phẩm được lấy qua đường mổ đường trắng giữa qua rốn 4 cm. Máu mất trong mổ khoảng 150ml.

Bệnh nhân diễn biến ổn định trong 4 ngày đầu, rút ống thông dạ dày, ống thông tiểu ngày thứ 2 sau mổ, ăn cháo ngày thứ 3 sau mổ, đau ít, không sốt, đi lại vận động nhẹ quanh giường.

Ngày thứ 4 sau mổ bệnh nhân xuất hiện bụng chướng nhẹ, đau vùng thượng vị, hạ sườn bên trái kèm theo buồn nôn. Các vùng khác của ổ bụng mềm, không có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng. Chụp cắt lớp vi tính: hình ảnh thâm nhiễm phù nề lan tỏa mạc nối, hình ảnh ít dịch tự do ổ bụng. Xét nghiệm men tụy máu, men tụy (amylase) dịch ổ bụng trong giới hạn bình thường. Công thức máu: Hồng cầu 2,98 T/L; hematocrit 0,27 L/L. Bệnh nhân sau truyền 700 ml máu hồng cầu 3,4 T/L, hematocrit 0,3 L/L.

Đến ngày thứ 8 sau mổ bệnh nhân đau tăng, da niêm mạc nhợt nhạt, mạch 90 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg, khám bụng không chướng, có khối vùng bụng trái, ấn đau, vùng bụng khác

mềm, không có phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, thăm trực tràng phân vàng. Dẫn lưu ổ bụng ra ít dịch tiết. Chụp cắt lớp vi tính: hình ảnh ổ máu tụ trong ổ bụng vị trí dưới bụng trái kích thước 93x86mm, không thấy ổ giả phình, ổ chảy máu thoát thuốc. Xét nghiệm công thức máu cho thấy hồng cầu 2,71 T/L; huyết sắc tố 0,24 L/L; huyết sắc tố 81 g/L, bạch cầu 23,67 G/L.

Chẩn đoán: chảy máu gây khối máu tụ trong ổ bụng sau mổ cắt khối tá tụy nội soi. Hướng xử lý: điều trị bảo tồn, truyền máu, huyết tương. Bệnh nhân được truyền 3 đơn vị hồng cầu khối và 2 đơn vị huyết tương tươi, sau truyền lâm sàng bệnh nhân ổn định, hồng cầu 4,21 T/L; hematocrit 0,37 g/L; huyết sắc tố 129 g/L, bệnh nhân vẫn tiếp tục được ăn cháo, vận động nhẹ quanh giường.

Những ngày tiếp diễn biến ổn định: da niêm mạc hồng, bụng mềm, khối hạ sườn phải nhỏ dần trên lâm sàng, không có hội chứng tắc ruột, không có hội chứng xuất huyết tiêu hoá. Dẫn lưu ổ bụng được rút ngày thứ 14. Bệnh nhân ra viện sau mổ 23 ngày,

Tình trạng trước khi ra viện: da niêm mạc không nhợt, không vàng, bụng mềm, không đau. Xét nghiệm máu: hồng cầu 3,72 T/L; hematocrit 0,35 L/L; huyết sắc tố 113 g/L; protein/albumin 61,9/30,3 g/L; bilirubin toàn phần/trực tiếp 24,3/27,1 μ mol/L. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: ổ tụ máu vị trí dưới tụy mạn sườn trái 23x38mm, không có dịch tự do ổ bụng.

Giải phẫu bệnh sau mổ

Đại thể: khối tá tụy gồm 3cm dạ dày, 22cm hồng tràng, đầu tụy 5,5x3,5cm. Mỡ qua tá tràng thấy niêm mạc nhú tá lớn lẫn sần, vùng bóng Vater có u dạng thâm nhiễm kích thước 2,5x2x1,5cm, ranh giới không rõ, trắng vàng nhạt, chắc, xâm lấn thành tá tràng, nhu mô tụy và xơ mỡ quanh tụy (hình 6). Niêm mạc OMC nhẵn.



Hình 6. tổn thương đại thể trên giải phẫu bệnh

Vi thể: ung thư biểu mô tuyến tụy mật tụy, biệt hóa vừa của bóng Vater, xâm lấn nhu mô tụy > 5mm, xâm lấn thanh mạc tá tràng, thành ống mật chủ, chưa xâm lấn thần kinh, mạch máu và mạc treo tụy; di căn 4/32 hạch nạo vét (T3bN2M0). Diện cắt tụy, ống mật chủ không có tế bào ung thư.

III. BÀN LUẬN

Chỉ định nội soi cắt khối tá tụy toàn bộ

Các nghiên cứu chỉ ra rằng TLPD sẽ an toàn và hiệu quả nếu việc chọn lựa bệnh nhân và chỉ định được thực hiện một cách kỹ lưỡng.

Dựa vào phân loại bệnh, giai đoạn bệnh

Michele Mazzola và cộng sự cho rằng tất cả các trường hợp có chỉ định PD thì có thể chỉ định TLPD: ung thư đầu tụy, viêm tụy mạn có triệu chứng, u thần kinh nội tiết của tụy, ung thư thần kinh nội tiết, nang tụy, u nhú nhầy nội ống của tụy, khối u ác tính ở phần thấp ống mật chủ, vùng bóng Vater, khối u ác tính của tá tràng.⁶

Michael L. Kendrick nghiên cứu 62 trường hợp TLPD từ 2007 - 2009 thấy chỉ định chính gồm ung thư ống tụy, IPMN, ung thư vùng bóng Vater.⁷ Akira Umemura và cộng sự cho rằng phương pháp này có chống chỉ định ở những bệnh nhân phải tái tạo lại mạch máu hoặc có cắt gan kèm theo bởi vì nguy cơ biến chứng

cao, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu nào có số liệu đủ lớn để kết luận.⁸ Một loạt các trường hợp đầu tiên được thông báo chỉ định TLPD là những khối u nhỏ, lành tính, giai đoạn sớm ở đầu tụy, vùng bóng Vater, hoặc phần thấp ống mật chủ. Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy bệnh nhân có các khối u nằm ở phần xa ống mật chủ, đầu tụy, móc tụy và tá tràng chỉ định tốt cho TLPD hoặc bệnh nhân u nhú nhầy nội ống cũng là những chỉ định tốt cho TLPD. Michele Mazzola điềm lại y văn và đưa ra khuyến cáo nên bắt đầu với bệnh nhân có BMI thấp, những khối u nhỏ, ung thư tá tràng hoặc u phần thấp ống mật chủ.⁶ Không nên chỉ định phẫu thuật này cho những bệnh nhân ung thư ống tụy bởi vì tính chất xâm lấn của khối u. Phần lớn các tác giả đều đề xuất tiêu chuẩn loại trừ khi khối u to, viêm tụy mạn, khối u liên quan đến tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa, động mạch mạc treo tràng trên hay động mạch gan và những bệnh nhân có điều trị hoá xạ trị tiền phẫu.

Bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán ung thư vùng bóng Vater, khối u kích thước nhỏ, chưa xâm lấn mạch máu, chưa di căn xa phù hợp để chỉ định TLPD. Chúng tôi coi đây là chỉ định hợp lý cho những ca đầu tiên thực hiện bởi vì khối u giai đoạn sớm sẽ ít gây phản ứng viêm dính xung quanh, dễ dàng bóc tách ra khỏi mạch máu, ít gây chảy máu khi nạo vét hạch. Đường mật và ống tụy giãn cũng thuận lợi cho thực hiện miệng nối. Tuy nhiên với tổn thương vùng bóng Vater thì thường nhu mô tụy mềm mại, một yếu tố làm tăng nguy cơ tổn thương tụy khi thực hiện miệng nối.

Dựa vào một số yếu tố khác

Michele Mazzola cho rằng chống chỉ định ở những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang hoặc BMI cao.⁶ Nghiên cứu của Buchs và cộng sự so sánh TLPD giữa nhóm bệnh nhân trẻ tuổi và bệnh

nhân lớn hơn 70 tuổi cho thấy kết quả sau mổ giống nhau giữa 2 nhóm, điều đó cho thấy yếu tố tuổi có thể không phải là tiêu chuẩn để chọn lựa trong TLPD.⁹

Về trình độ phẫu thuật viên, Munseok Choi và cộng sự phân tích 171 bệnh nhân được phẫu thuật bởi một phẫu thuật viên cho thấy cần ít nhất 40 trường hợp để phẫu thuật viên có thể làm chủ hoàn toàn kỹ thuật và 100 trường hợp thì mới làm chủ những trường hợp khó.¹⁰

Ở trường hợp bệnh nhân của chúng tôi 64 tuổi, thể trạng tốt BMI 21,2, không có tiền sử viêm tụy, mổ cũ cũng phù hợp chỉ định TLPD. Về phẫu thuật viên, kíp mổ đều bác sĩ đã tham gia thực hiện nhiều ca cắt khối tá tụy mổ mở cũng như tham gia phẫu thuật nội soi PD tại các trung tâm khác, được đào tạo trong và ngoài nước đủ để thực hiện những ca TLPD ở mức độ dễ. Tuy nhiên ca đầu tiên tự thực hiện tại đơn vị sẽ chưa có nhiều kinh nghiệm.

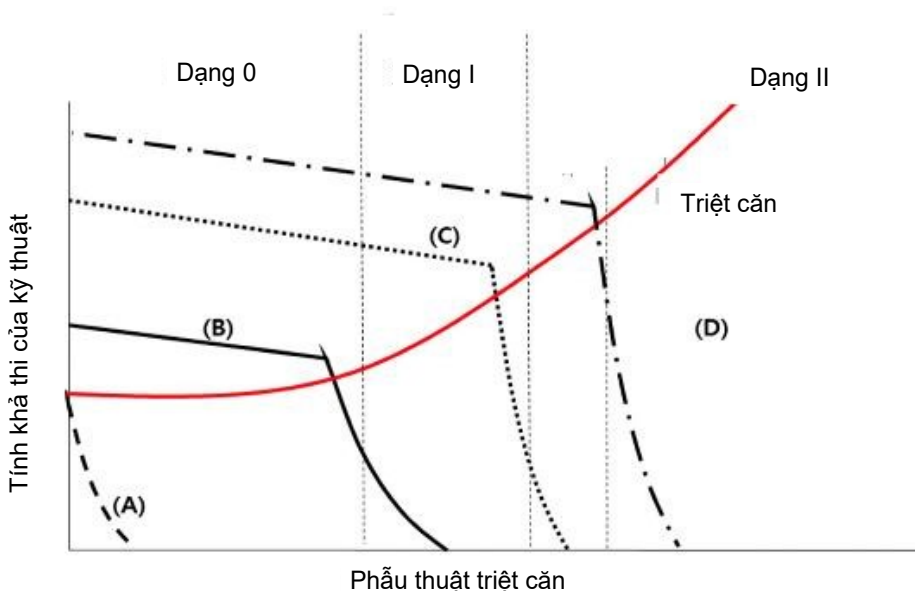
Kang và cộng sự dựa vào 2 yếu tố mức độ phẫu thuật và trình độ phẫu thuật viên để đánh

giá.¹¹

- *Mức độ phẫu thuật phân thành 3 nhóm* gồm dạng 0: cắt khối tá tụy nạn vét hạch chuẩn, không yêu cầu phải cắt bỏ mạch máu. Dạng I: yêu cầu phải cắt bỏ tĩnh mạch gồm la chỉ cắt góc tĩnh mạch, lb phải tạo hình ghép tĩnh mạch hoặc cắt đoạn tĩnh mạch làm miệng nối. Dạng II: phải cắt cả động mạch.

- *Phẫu thuật viên được chia thành 4 nhóm* gồm Nhóm A: phẫu thuật viên không đủ kỹ năng để thực hiện TLPD. Nhóm B: Phẫu thuật viên chỉ đủ khả năng thực hiện được kỹ thuật dạng 0. Nhóm C: phẫu thuật viên thực hiện được dạng I. Nhóm D: phẫu thuật viên thực hiện được đến dạng II.

Căn cứ vào 2 yếu tố đó thì chỉ định TLPD được mô tả trong hình 7. Phẫu thuật viên nhóm A không được thực hiện, phẫu thuật viên nhóm B thực hiện cho dạng 0, phẫu thuật viên nhóm C thực hiện cho dạng 0, Ia, phẫu thuật viên nhóm D thực hiện cho dạng 0, Ia, Ib. Với dạng II không chỉ định TLPD.



Hình 7. Chỉ định TLPD dựa vào giai đoạn bệnh và trình độ phẫu thuật

Nói tóm lại cũng không có những khuyến cáo nào về chỉ định, chống chỉ định tuyệt đối cho TLPD nhưng các yếu tố cần được cân nhắc kỹ gồm: khả năng của phẫu thuật viên, khả năng thực hiện phẫu thuật triệt căn. Khuyến cáo ở những trung tâm mới thực hiện, chưa có nhiều kinh nghiệm nên chọn các bệnh nhân như sau:

- Thể trạng tốt, BMI trong giới hạn bình thường.

- Không có tiền sử mổ cũ, viêm tụy mạn tính.

- Khối u khu trú vùng đầu tụy tá tràng, chưa xâm lấn mạch máu.

- Các tổn thương tụy lành tính.

Kết quả điều trị

Quy trình phẫu thuật.

Nghiên cứu của Sameer A Rege trên 33 bệnh nhân thấy thời gian mổ trung bình khoảng 200 - 390 phút.¹² So với bệnh nhân của chúng tôi, thời gian phẫu thuật lên tới 540 phút (9 giờ). Điều này cũng hợp lý bởi đây là ca TLPD đầu tiên được thực hiện tại khoa, các bước kỹ thuật được thực hiện chậm để hạn chế tối đa biến chứng. Theo Kendrick và cộng sự thời gian mổ sẽ khoảng 7,7 giờ trong 10 ca đầu tiên giảm xuống 5,3 giờ cho 10 ca sau.⁷ Nghiên cứu của Song C. Kim thấy thời gian mổ trung bình 7,9 giờ, trong đó 9,8 giờ cho 33 ca đầu tiên giảm xuống 6,6 giờ cho 34 ca tiếp theo.¹³ Lượng máu mất ca mổ chúng tôi 150ml tương đương với kết quả của Sameer A rege là 110 - 350ml, Nguyễn Hoàng Bắc 150ml nhưng ít hơn Trần Quế Sơn 438ml.^{5,12,14}

Ở bệnh nhân của chúng tôi, quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi, không có tai biến nào xảy ra. Theo một số nghiên cứu thì biến chứng hay gặp nhất và nguyên nhân hàng đầu phải chuyển mổ mở là chảy máu do tổn thương mạch máu. Morales nghiên cứu 59 trường hợp thấy có 1 chuyển mổ mở do chảy máu ĐM tụy dưới, 2 từ nhánh TM quai đầu hồng tràng và nhánh của ĐM tụy dưới.⁴ Phương án tiếp cận

của chúng tôi từ phía bên trái sẽ giúp dễ dàng kiểm soát hoàn toàn ĐM TTT, kiểm soát ĐM tá tụy dưới và ĐM quai đầu hồng tràng. Đây là một bước khó thực hiện khi tiếp cận theo cách truyền thống, dễ gây chảy máu. Ở thì giải phóng khối tá tụy ra khỏi TMMTTT và TM cửa, phải rất chú ý thì kiểm soát TM tá tụy dưới bởi vì nếu chảy máu sẽ rất khó kiểm soát trong trường hợp tách ra từ mặt sau TM quai đầu hồng tràng.

Trong thực hiện miệng nối tụy nội soi thì nối tụy ruột thường được lựa chọn. Các tác giả thường chọn 2 phương pháp nối Bumgart cải tiến hoặc nối tụy hồng tràng 2 lớp thanh cơ với nhu mô tụy, ống tụy với niêm mạc hồng tràng.^{3,15,16} Tuy nhiên cũng có một số tác giả thực hiện cả 2 loại miệng nối tụy- hồng tràng hoặc tụy - dạ dày.¹² Borgi thấy có 84% tác giả làm miệng nối tụy - hồng tràng, chỉ 9,8% thực hiện miệng nối tụy - dạ dày, còn lại 6,8% người bệnh được thắt ống tụy mà không làm miệng nối.² Ở bệnh nhân của chúng tôi, miệng nối tụy ruột được thực hiện 2 lớp với lớp ngoài khâu vắt và lớp niêm mạc ruột - ống tụy khâu rời. Việc lựa chọn phương pháp làm miệng nối do chúng tôi thấy kỹ thuật này dễ thực hiện qua nội soi hơn so với nối tụy - dạ dày. Sameer A Rege và cộng sự thực hiện cả 3 loại miệng nối (tụy ruột 1 lớp toàn thể, miệng nối tụy ruột niêm mạc - ống tụy, miệng nối tụy dạ dày) và theo tác giả miệng nối ống tụy niêm mạc ruột chỉ thực hiện khi ống tụy giãn, có thể dễ dàng khâu và đặt stent ống tụy.¹² Ở bệnh nhân chúng tôi ống tụy giãn khoảng 5mm nên thực hiện khâu niêm mạc ruột với ống tụy không gặp khó khăn. Tuy nhiên do nhu mô tụy mềm mại làm cho đường khâu vắt dễ gây tổn thương nhu mô tụy, một yếu tố làm tăng nguy cơ rò tụy sau mổ. Cho đến nay không có khuyến cáo nào khẳng định được việc lựa chọn miệng nối tối ưu trong khi thực hiện miệng nối tụy với ống tiêu hoá. Nhưng một nghiên cứu mới đây trên số lượng lớn

bệnh nhân cho thấy miệng nối Blumgart giúp giảm nguy cơ rò tụy độ B, C hơn các miệng nối khác.¹⁷ Chúng tôi cho rằng thực hiện miệng nối Blumgart sẽ khả thi trong phẫu thuật nội soi.

Biến chứng sau mổ

Các biến chứng sau mổ PD hay gặp gồm chậm lưu thông dạ dày, rò tụy sau mổ, chảy máu sau mổ. Andrew A. Gumbs nghiên cứu 285 bệnh nhân PD nội soi thấy rò mật, rò tụy hay rò mật - tụy 15%, chảy máu trong ổ bụng 6%, chậm lưu thông dạ dày 5%.¹⁸ Theo nhóm nghiên cứu phẫu thuật tụy thể giới (ISGPS) chảy máu sau mổ chiếm khoảng 5 - 16%, phân thành chảy máu sớm (trước 24h) và chảy máu muộn (sau 24h) thường tuần thứ 2 - 3. Ở bệnh nhân chúng tôi, có dấu hiệu chảy máu muộn sau mổ ngày thứ 4 sau đó diễn biến nặng vào ngày thứ 8 rồi thoái lui. Cũng theo ISGPS thì nguyên nhân chảy máu muộn thường là thứ phát sau một biến chứng khác mà thường gặp nhất là rò tụy.¹⁹ Ở bệnh nhân của chúng tôi chẩn đoán không rõ ràng về rò tụy vì xét nghiệm men tụy dịch dẫn lưu không cao. Tụy nhiên có thể do rò tụy từ miệng nối tụy ruột lan sang bên trái gây tổn thương thứ phát chảy máu, tụ máu bên trái. Dẫn lưu lại đặt dưới gan, không thông với vị trí tổn thương nên dẫn lưu không có máu và dịch tụy. Do vậy chúng tôi thấy khả năng nhiều nguyên nhân vẫn do rò tụy gây chảy máu. Ngoài ra bệnh nhân không có các biến chứng khác.

Kết quả về ung thư học

Với kết quả giải phẫu bệnh ở bệnh nhân chúng tôi đủ tiêu chuẩn đạt triệt căn (R0) của phẫu thuật về ung thư. Theo Shih-Chin Chen và cộng sự số lượng hạch nạo vét > 14 là một yếu tố độc lập tiên lượng sống còn cho những bệnh nhân ung thư vùng bóng Vater.²⁰ Nghiên cứu của Chen và cộng sự cho thấy TLPD lấy được nhiều hạch hơn mổ mở (21,9 so với 18,9). Nghiên cứu cho thấy TLPD có thể thực

hiện tốt, an toàn về mặt ung thư học, kết quả sau mổ cũng như thời gian sống tốt hơn hoặc ít nhất cũng không thấp hơn mổ mở.²¹

IV. KẾT LUẬN

Qua trường hợp đầu tiên phẫu thuật nội soi toàn bộ cắt khối tá tụy và xem lại y văn chúng tôi thấy chỉ định TLPD gồm: ung thư vùng tá tràng đầu tụy chưa xâm lấn mạch máu, tổn thương lành tính vùng tá tràng đầu tụy. Những trường hợp nghi ngờ xâm lấn mạch, bệnh nhân mổ cũ, viêm tụy nhiều lần cần cân nhắc kỹ. Kết quả điều trị của bệnh nhân tốt, đạt được phẫu thuật triệt căn và hứa hẹn sẽ đưa lại nhiều lợi ích cho các bệnh nhân tiếp theo nếu được chỉ định hợp lý. Những trung tâm mới thực hiện nên lựa chọn bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm, có giãn đường mật và ống tụy giúp thuận lợi trong quá trình phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. Garner, Pomp A. Laparoscopic pylorus preserving pancreatoduodenectomy. *Surg Endosc.* 1994;8:408-410.
2. Boggi U, Amorese G, Vistoli F, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a systematic literature review. *Surg Endosc.* 2015;29(1):9-23.
3. Cai Y, Gao P, Li Y, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy with major venous resection and reconstruction: anterior superior mesenteric artery first approach. *Surg Endosc.* 2018;32(10):4209-4215.
4. Morales E, Zimmitti G, Codignola C, et al. Follow "the superior mesenteric artery": laparoscopic approach for total mesopancreas excision during pancreaticoduodenectomy. *Surg Endosc.* 2019;33(12):4186-4191.
5. Trần Hiếu Học, Trần Quế Sơn, Trần Mạnh Hùng, và cs. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị u vùng bóng Vater. *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam.*

2018;1(8).

6. Mazzola M, Morini L, Maspero M, et al. Laparoscopic Pancreatoduodenectomy 2. *Advanced Endoscopy*. 2019.

7. Michael L, Kendrick ML, Daniel MD. Total laparoscopic Pancreaticoduodenectomy. feasibility and outcome in an early experience. *Arch Surg*. 2010;145(1):19-23.

8. Umemura A, Nitta H, Takahara T, et al. Current status of laparoscopic pancreaticoduodenectomy and pancreatectomy. *Asian J Surg*. 2018;41(2):106-114.

9. Buchs NC, Addeo P, Bianco FM, et al. Outcomes of robot-assisted pancreaticoduodenectomy in patients older than 70 years: a comparative study. *World J Surg*. 2010;34(9):2109-2114.

10. Choi M, Hwang HK, Lee WJ, et al. Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy in patients with periampullary tumors: a learning curve analysis. *Surg Endosc*. 2020.

11. Kang CM, Lee WJ. Is Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy Feasible for Pancreatic Ductal Adenocarcinoma? *Cancers (Basel)*. 2020;12(11).

12. Sameer AR, Ketan FK, Jayati JC, et al. Total Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy. A Single-center Experience of 33 Cases in Patients with Periampullary Tumor Lessons Learnt. *World Journal of Laparoscopic Surgery*. 2020;13(2).

13. Kim SC, Song KB, Jung YS, et al. Short-term clinical outcomes for 100 consecutive cases of laparoscopic pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy: improvement with surgical experience. *Surg Endosc*. 2013;27(1):95-103.

14. Nguyễn Hoàng Bắc, Trần Công Duy

Long, Nguyễn Đức Thuận, và cs. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quan bóng Vater. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2013;17(1):88-93.

15. Azagra JS, Arru L, Estevez S, et al. Pure laparoscopic pancreaticoduodenectomy with initial approach to the superior mesenteric artery. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2015;10(3):450-457.

16. Tian F, Wang YZ, Hua SR, et al. Laparoscopic assisted pancreaticoduodenectomy: an important link in the process of transition from open to total laparoscopic pancreaticoduodenectomy. *BMC Surg*. 2020;20(1):89.

17. Li Z, Wei A, Xia N, et al. Blumgart anastomosis reduces the incidence of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2020;10(1):17896.

18. Gumbs AA, Rodriguez Rivera AM, Milone L, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a review of 285 published cases. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(5):1335-1341.

19. Wente MN, Veit JA, Bassi C, et al. Postpancreatectomy hemorrhage (PPH): an International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) definition. *Surgery*. 2007;142(1):20-25.

20. Chen SC, Shyr YM, Chou SC, et al. The role of lymph nodes in predicting the prognosis of ampullary carcinoma after curative resection. *World J Surg Oncol*. 2015;13:224.

21. Chen K, Pan Y, Mou Y-p, et al. Total laparoscopic versus open pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: a propensity score matching analysis with meta-analysis. *BMC Cancer*. 2021;21(382):1-25.

Summary

TOTAL LAPAROSCOPIC PANCREATODUODENECTOMY: THE FIRST CASE REPORT AT BACH MAI HOSPITAL AND LITERATURE REVIEW ON INDICATIONS AND RESULTS

Laparoscopic surgery is increasingly replacing classic open surgery. Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy (TLPD) has also gradually performed at many centers in the world and Vietnam, but the number is still modest. We hereby report the first successful total laparoscopic pancreaticoduodenectomy case performed at Bach Mai Hospital and review the medical literature on indications and results. This is a 64-year-old female patient, diagnosed with ampulla of Vater cancer (T3N0M0) underwent total laparoscopic unblock-pancreaticoduodenectomy. Surgical time was 540 minutes, with blood loss of 150ml. Patient had postoperative intra-abdominal bleeding on day 4, was stabilized with medical treatment. The patient was discharged on the 23rd day with no other complication. Postoperative pathological result: adenocarcinoma, metastasis in 4/32 lymph nodes (T3bN2M0). This case shows that a total laparoscopic pancreaticoduodenectomy can be performed safely and has good oncological result with resectable periampullary tumors.

Keywords: Laparoscopic pancreaticoduodenectomy, Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy.