

Bài dịch

Xử trí clip qua nội soi một lỗ thủng lớn cạnh ampulla trong khi làm nội soi mật tụy ngược dòng

Tóm tắt:

Thủng tụy hiếm gặp, nhưng là một biến chứng nguy hiểm trong nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP). Tỷ lệ của thủng mặc dù nhỏ nhưng nó cần điều trị ngay. Chậm phát hiện biến chứng này có thể dẫn đến tình trạng nặng nề và thậm chí tử vong ở một số trường hợp nhất định. Nếu nhận ra được lỗ thủng trong lúc làm thủ thuật (ERCP), một chuyên gia nội soi có thể thực hiện kỹ thuật xâm lấn tối thiểu là cặp clip lỗ thủng, việc này sẽ tránh được can thiệp phẫu thuật và tiết kiệm chi phí do nằm viện kéo dài. Chúng tôi trình bày một trường hợp khó đặt ống (vào đường mật) bị thủng lớn trong lúc cắt trước mở cơ thắt (pre-cut). Đã phát hiện được lỗ thủng và điều trị thành công bằng cặp Clip lỗ thủng trong lúc làm thủ thuật, giúp cho bệnh nhân phục hồi nhanh chóng, thời gian nằm viện ngắn.

Giới thiệu

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là một thủ thuật có giá trị đối với các bệnh gan mật. Tuy nhiên, một tỉ lệ phần trăm nhỏ các trường hợp kết thúc có biến chứng, hay gặp là viêm tụy, chảy máu và thủng. Thủng là biến chứng lo ngại của phẫu thuật viên. Tỷ lệ của thủng thay đổi từ 0,3% đến 1,3%. Khái quát, chúng được chia làm 3 loại- Thủng do dây dẫn kim loại, thủng cạnh ampulla trong lúc cắt mở cơ thắt và thủng trong lòng ống mật cách xa nhú (papilla). Trong trường hợp đặt ống (vào đường mật) khó, phải thực hiện thủ thuật cắt trước mở cơ thắt (precut). Nó làm tăng tỉ lệ thành công nhưng cũng tăng nguy cơ biến chứng. Chúng tôi trình bày một trường hợp thủng lớn cạnh ampulla xảy ra trong lúc cắt trước mở cơ thắt

Báo cáo ca bệnh

Một phụ nữ trung niên khoảng 55 tuổi vào khoa cấp cứu với lý do đau bụng, sốt rét run, củng mạc mắt vàng. Tiền sử mổ mở cắt túi mật 10 năm trước không có biến cố gì. Khám thấy có cảm ứng ở hạ sườn phải và thượng vị. Bệnh nhân có nhịp tim nhanh với tần số 110 lần trên phút và sốt, nhiệt độ cặp ở miệng là 100°F. Trên xét nghiệm, số lượng bạch cầu toàn phần tăng là 12,500cmm, trong đó từng loại riêng biệt là :N-78, L-20, M-02. Bilirubinlaf 4.5mg% (Trực tiếp – 3,4%) và Hemoglobin là 10g%. Siêu âm phát hiện nhiều sỏi trong ống mật chủ.

Bệnh nhân được chẩn đoán là vàng da tắc mật do sỏi và viêm đường mật, bắt đầu được điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch, truyền dịch và điện giải. Bệnh nhân được các bác sĩ gây mê thăm khám chuẩn bị làm ERCP và cũng trong ngày đó được đưa lên làm ERCP

Trong khi tiến hành ERCP phát hiện thấy papilla bị viêm, vị trí lệch tâm và xu hướng chuyển sang phải. Điều này làm cho việc đặt ống khó khăn, sau vài cố

gắng đặt ống, quyết định cắt trước mở cơ thắt. Bắt đầu cắt từ lỗ papilla hướng lên trên bằng máy dao điện ERBE dòng cắt đơn thuần. Khi đã cắt sâu, ở thời điểm mô đã nhùng chỗ (*có thể dịch là co lại*) và đẩy dao kim có dây kim loại vài centimeter vào phía thành, tin chắc là ở trong OMC. Lúc tiêm thuốc cản quang, mới biết là đã xảy ra thủng cạnh ampulla.

Rút dụng cụ ra. Rõ ràng lỗ thật sự của ống mật tụy nằm ở gần vị trí thủng. Chúng tôi đã gọi điện thoại cho các thành viên của nhóm nội soi tiêu hóa, bao gồm cả các bác sĩ nội soi và phẫu thuật viên, để nhanh chóng thống nhất về phương pháp điều trị tiếp theo cho trường hợp biến chứng này. Quyết định chung là tiếp tục tiến hành cắt ở vị trí mới hướng vào giữa hơn để hoàn thành thủ thuật đi vào OMC giúp cho việc clip hoặc phẫu thuật lỗ thủng giai đoạn sau.

Nhát cắt mới hướng vào giữa dẫn vào OMC và sau khi mở rộng chỗ mở cơ thắt, lấy bỏ hết sỏi và sau cùng đặt Stent chất dẻo vào OMC (hình 1)

Chúng tôi xem xét lại lỗ thủng và quyết định cặp clip bằng

Hemoclips của hãng Olympus. Dùng nội soi ERCP để clip lỗ thủng theo hướng từ trên xuống dưới. Việc đặt clip ban đầu cho thấy rất khó khăn vì khó điều chỉnh hướng. Hơn nữa, sử dụng nội soi tá tràng để đặt clip quả là một thách thức vì nó bắn clip ra không tốt. Chúng tôi thử dùng dụng cụ nội soi tiêu hóa trên, nhưng cũng không đưa được tới vị trí đã định một cách chính xác. Lúc này, chúng tôi lại đổi về dụng cụ nội soi tá tràng. Ngay sau khi đặt được clip thứ nhất, các clip tiếp theo được đặt dễ dàng hơn. Có vẻ như đây là trường hợp đầu tiên được công bố trên y văn là thủ thuật cặp clip lỗ thủng tá tràng hoàn toàn thành công. Lỗ thủng sau đó đã được làm kín (hình 2)

Sau khi làm kín hoàn toàn lỗ thủng, chúng tôi chuyển bệnh nhân sang khoa hồi sức tập trung cùng với ống hút liên tục Ryle's. Bệnh nhân kêu đau mức độ vừa phải, chúng tôi cho tiêm giảm đau. Truyền dịch, điện giải đầy đủ và bắt đầu kháng sinh liều cao. Chụp cắt lớp vi tính thấy có ít khí tự do sau phúc mạc nhưng không có tụ dịch

Bệnh nhân đã hồi phục bình thường và sốt giảm hai ngày sau đó. Số lượng TLC cũng giảm xuống 7000/cmm sau ba ngày và bilirubin giảm xuống 2,3mg%. Chuyển bệnh nhân về khoa và cho ăn uống đường miệng vào ngày thứ tư. Ra viện vào ngày thứ 5. Sau đó, bệnh nhân hoàn toàn ổn định. Stent OMC rút sau 4 tuần

Bàn luận

Ngày nay, đối với các bệnh lý tụy và đường mật, ERCP là những dụng cụ quan trọng nhất với bác sĩ nội soi. Tuy nhiên, thủ thuật này không phải là không có biến chứng. Có một số biến chứng sớm liên quan đến thủ thuật. Trong thủ thuật ERCP các bác sĩ nội soi có kinh nghiệm với kỹ thuật đặt ống chuẩn có tỉ lệ thành công khoảng 85%. Tỉ lệ này tăng lên tới 98% khi tiến hành cắt trước để mở cơ thắt (Precut). Tuy vậy, việc cắt trước để mở cơ thắt lại dẫn đến tăng tỉ lệ các biến chứng đặc biệt như viêm tụy và thủng cạnh ampulla. Yếu tố quan trọng nhất để

hạn chế biến chứng và tử vong do thủng trong thủ thuật ERCP là phát hiện và điều trị sớm.

Ngay khi phát hiện ra thủng, đặc biệt là trong trường hợp thủng cạnh ampulla, tiến trình điều trị thông thường là nội khoa hoặc phẫu thuật.

Một cách khác bổ xung vào chiến lược điều trị là dùng clip để làm kín lỗ thủng. Bimmoeller và cộng sự lần đầu tiên dùng clip thành công đối với lỗ thủng do thầy thuốc gây ra năm 1993. Một trường hợp như ca trước cũng được Kanedo và cộng sự mô tả năm 1999. Một trường hợp khác tiếp đó được seibert mô tả thủng tá tràng đoạn xuống trong khi siêu âm qua nội soi.

Baron và cộng sự đã báo cáo sử dụng 6 Hemoclip trong một trường hợp thủng sau cắt cơ thắt rất giống với trường hợp hiện tại của chúng tôi.

Điều quan trọng phát hiện sớm các lỗ thủng trong ERCP và nếu có kinh nghiệm thì đóng kín lỗ thủng ngay bằng một công cụ rất quan trọng là hemoclips. Đây là một bước tiến dài góp phần làm giảm tử vong, biến chứng và tránh được các can thiệp phẫu thuật. Tuy nhiên, điểm hạn chế là vị trí clip tiếp tuyến với cửa sổ thẳng của ống nội soi dạ dày làm cho nó dễ bị cạy trượt. Cửa sổ bên của ống nội soi tá tràng đưa lại tầm nhìn tốt hơn, nhưng lại không dễ để bán clip. Cần có thời gian để nhà máy sản xuất clip cải tiến tạo ra những clip thuận tiện cho ống nội soi tá tràng.

Kết luận

ERCP là một thủ thuật đòi hỏi cố gắng cực kỳ về kỹ thuật ở số ít bệnh nhân. Trong các trường hợp không thể đặt ống thường quy được thì phải tiến hành một thủ thuật khó hơn là cắt trước mở cơ thắt. tuy nhiên, thủ thuật này làm tăng biến chứng và đôi khi làm tăng nguy cơ của các biến chứng. Thủng là một biến chứng như vậy. Thủng có thể gây nguy hiểm tính mạng ở bệnh nhân làm ERCP. Việc quan trọng là phát hiện thủng sớm. Khi phát hiện được thủng thì điều trị ngay bằng cách cặp clip bởi các bác sĩ nội soi có kinh nghiệm là một động tác cứu mạng. Can thiệp phẫu thuật phải sẵn sàng cho các bệnh nhân cặp clip thất bại hoặc không thể cặp clip hoàn chỉnh được.

Lào Cai, ngày 5/7/2022

Người dịch: BS. Đinh Ngọc Dũng

Bài gốc:

Published online: 2019-09-26

Case Report

Endoscopic clipping of a big periampullary perforation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Amitabh Mohan Jerath, Gurbilas P. Singh, Ravinder Singh

Department of Gastrosciences, Fortis Escorts Hospital, Amritsar, Punjab, India

