

# Kết quả sớm của phẫu thuật cắt khối tá tụy nội soi điều trị ung thư quanh bóng Vater

Đoàn Tiến Mỹ, Nguyễn Quốc Vinh, Trần Đình Quốc, Trần Đình Minh Tú, Nguyễn Thái Tuấn,  
Lê Công Trí, Võ Trường Quốc

Bệnh viện Chợ Rẫy

## Từ khóa:

Cắt khối tá tụy, U quanh bóng Vater, Phẫu thuật nội soi

## Địa chỉ liên hệ:

Đoàn Tiến Mỹ,  
Bệnh viện Chợ Rẫy,  
21B Nguyễn Chí Thanh, Quận 5,  
TP Hồ Chí Minh  
Điện thoại: 0918 042 555  
Email: myquan67@yahoo.com.vn

**Ngày nhận bài: 28/12/2017**

**Ngày duyệt: 22/2/2018**

**Ngày chấp nhận đăng:  
20/4/2018**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật cắt khối tá tụy hiện nay vẫn là phương pháp điều trị triệt để nhất trong ung thư quanh bóng Vater. Vai trò của phẫu thuật nội soi đã được khẳng định là an toàn và có nhiều ưu điểm so với mổ mở. Cho đến nay đã có nhiều báo cáo về thành công của phẫu thuật này nhưng số lượng còn hạn chế và chưa được phổ biến rộng rãi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi cũng như kết quả của phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater.

**Phương pháp nghiên cứu:** (1) Đánh giá tính khả thi của phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy. (2) Xác định tỉ lệ các biến chứng sớm của phẫu thuật cắt khối tá tụy. Nghiên cứu tiến cứu. Từ tháng 4/2017 đến tháng 9/2017 chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy cho các người bệnh ung thư quanh bóng Vater tại khoa Ngoại gan mật tụy bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi ghi nhận kỹ thuật mổ, thời gian mổ, lượng máu mất, tai biến trong mổ và kết quả sau mổ.

**Kết quả:** Trong thời gian 6 tháng, có 25 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy. Tuổi trung bình là 52, tỉ lệ Nữ: Nam là 1,11:1. Ung thư bóng Vater chiếm 72%, ung thư đầu tụy chiếm 16%, ung thư đoạn cuối ống mật chủ 12%, không có trường hợp ung thư tá tràng D2. Thời gian mổ trung bình là 425 phút, lượng máu mất trung bình là 150 ml. Thời gian nằm viện 7 ngày. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Biến chứng rò tụy 2 ca (8%), rò mật 1 ca (4%), viêm phổi 1 ca (4%), không có tử vong sau mổ.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ tử vong thấp và biến chứng chấp nhận được. Đây là một trong những phẫu thuật khó nhưng vẫn có thể thực hiện được với kỹ năng mổ nội soi tốt và có kinh nghiệm mổ mở cắt khối tá tụy. Lựa chọn người bệnh cẩn thận giúp mang lại thành công cho phẫu thuật.

## Short-term result of laparoscopic pancreaticoduodenectomy in the treatment of periampullary carcinoma

Doan Tien My, Nguyen Quoc Vinh, Tran Dinh Quoc, Tran Dinh Minh Tu, Nguyen Thai Tuan, Le Cong Tri, Vo Truong Quoc

Cho Ray Hospital

### Abstract

*Introduction:* Pancreaticoduodenectomy is the radical treatment of periampullary cancer. Laparoscopic surgery has been considered safe and more optimal than open surgery. Although success of this approach has been reported, the number is still limited and it has not been widely popular.

*Material and Methods:* We conducted this study to investigate the feasibility and the short-term outcome of laparoscopic Pancreaticoduodenectomy in treatment of periampullary cancer.

Prospective study. From April 2017 to September 2017, we performed laparoscopic Pancreaticoduodenectomy for periampullary cancer at Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Cho Ray hospital. We recorded surgical techniques, operations time, blood loss, intraoperative complications and postoperative results.

*Results:* 25 patients underwent laparoscopic Pancreaticoduodenectomy. Mean age was 52, female: male ratio is 1.11: 1. Ampullary cancer accounts for 72%, head of pancreatic cancer accounts for 16% and distal common bile duct cancer is 12%. There is no case of duodenal cancer. Average operation time was 425 minutes. Average blood loss was 150 ml. Average duration of hospital stay was 7 days. There was no conversion to open surgery. The complications included pancreatic fistula in 2 cases (8%), biliary fistula in 1 case (4%) and pneumonia in 1 case (4%). There was no mortality after surgery.

*Conclusion:* Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy is safe with low mortality and acceptable complication rate. This is one of the most difficult operations, but still be feasible with good laparoscopic surgical skills and experience of Pancreaticoduodenectomy. Careful selection for suitable patient helps bringing success for the surgery.

**Keyword:** Pancreaticoduodenectomy, Periampullary cancer, Laparoscopic Surgery

### I. Đặt vấn đề

Phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng trong phẫu thuật tụy từ rất sớm và cho thấy có nhiều triển vọng. Tuy nhiên đối với phẫu thuật cắt khối tá tụy nội soi thì vẫn chưa được phổ biến rộng rãi. Số trường hợp cắt khối tá tụy qua nội soi ổ bụng tiến triển tương đối chậm đa phần là do thời gian phẫu thuật còn khá dài, phẫu tích khối tá tụy là một kỹ thuật khó, biến chứng sau mổ đáng ngại là rò tụy.

Với trình độ kỹ thuật ngày càng được nâng cao cùng với sự hỗ trợ của các dụng cụ ngày càng hiện đại nên hiện nay trên thế giới đã có nhiều nơi thực

hiện phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy. Số lượng các công trình cắt khối tá tụy qua nội soi ổ bụng tăng dần đã chứng minh cắt khối tá tụy qua nội soi ổ bụng đã có vị trí nhất định so với những phẫu thuật mổ mở kinh điển.

Ở nước ta cũng đã có không ít báo cáo thực hiện thành công phẫu thuật này. Tuy nhiên số lượng các ca mổ trong các nghiên cứu còn hạn chế do những đòi hỏi về mặt kỹ thuật và trang thiết bị. Tại bệnh viện Chợ Rẫy trước đây đa phần phẫu thuật nội soi tụy là phẫu thuật nội soi để chẩn đoán giai đoạn phát triển bệnh hoặc những can thiệp chỉ

dừng ở cắt u thân đuôi tụy...

Sau 6 tháng áp dụng phương pháp cắt khối tá tụy qua nội soi ổ bụng tại khoa ngoại gan mật tụy Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi muốn tổng kết lại những trường hợp cắt khối tá tụy qua nội soi ổ bụng từ đó rút ra những yếu tố ảnh hưởng tới kỹ thuật, những kinh nghiệm về chọn lựa người bệnh cũng như đưa ra chỉ định hợp lý cho loại phẫu thuật này.

**II. Mục tiêu**

1. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy tại khoa ngoại gan mật - tụy bệnh viện chợ rẫy.

2. Tính khả thi của phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater.

**III. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, chọn mẫu liên tục, có mẫu bệnh án bao gồm các tham số ghi nhận trước mổ, trong mổ và các biến chứng sau mổ.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh: Tất cả các người bệnh được chẩn đoán là u quanh bóng Vater có chỉ định và được mổ cắt khối tá tụy qua nội soi ổ bụng tại khoa ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 04/2017 đến tháng 09/2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: U có xâm lấn cơ quan lân cận được phát hiện trên CT - scan.

Theo dõi sau mổ: dấu hiệu phục hồi lưu thông tiêu hóa và biến chứng sau mổ.

**III. Kết quả**

Tổng số người bệnh: n = 25

Nữ: Nam = 1,11:1

Tuổi trung bình (năm): 52 (từ 38 đến 73)

Triệu chứng toàn thân vàng da chiếm tỉ lệ cao (87,50%)

Triệu chứng cơ năng: đau bụng (45,3%) và sụt cân (38,33%).

Tiền căn bệnh lý: có 2 người bệnh có kèm bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỉ lệ 8%, 1 người bệnh đái tháo đường với tỉ lệ 4%. Có 1 người bệnh có tiền căn đặt stent động mạch chủ bụng.

Dẫn lưu đường mật trước mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp được nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent và 1 trường hợp dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da để giải áp.

Bảng 1. Dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật

Dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật	Số người bệnh	Tỉ lệ %
ERCP	4	16
PTGBD	1	4
Tổng cộng	5	20

Ghi nhận trong mổ về đường kính ống tụy, mật độ nhu mô tụy, đường kính ống mật chủ, lượng máu mất và thời gian mổ cho kết quả như bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm trong phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đường kính ống tụy		
Dẫn ống tụy ≥ 3mm	14	56
Không dẫn ống tụy	11	44
Kích thước u		
≥ 3 cm	13	52
< 3cm	12	48
Mật độ nhu mô tụy		
Chắc	16	64
Mềm	9	36
Ống mật chủ không dẫn (≤ 6mm)	2	8
Truyền máu trong phẫu thuật		
≥ 2 đơn vị máu	3	12
< 2 đơn vị máu	22	88
Lượng máu mất trung bình	150 (ml)	
Thời gian mổ trung bình (phút)	425 (350-480)	

Có 3 trường hợp thực hiện miệng nối tụy qua vết mổ nhỏ đường trắng giữa trên rốn vùng thượng vị, 1 trường hợp (người bệnh đầu tiên) khâu miệng nối dạ dày- hồng tràng bằng tay, không sử dụng stapler. Hai lý do chính để có thể thực hiện miệng nối tụy qua vết mổ nhỏ vùng thượng vị là mật độ nhu mô tụy mềm và

ống tụy chính không dẫn, phần mô tụy còn lại không đủ độ di động, làm khó khăn cho việc khâu nối.

Ghi nhận trong mổ có 3 trường hợp bất thường động mạch gan phải xuất phát từ động mạch mạc treo tràng trên, chiếm tỉ lệ 12%.

Vị trí ung thư: Ung thư bóng Vater có 18 trường hợp chiếm 72%, ung thư đầu tụy có 4 trường hợp chiếm 16%, ung thư đoạn cuối ống mật chủ có 3 trường hợp chiếm 12%, không có trường hợp ung thư tá tràng D2.

Bảng 3. Độ biệt hóa u

Độ biệt hóa u	Số người bệnh	Tỉ lệ %
Cao	2	8
Trung bình	22	88
Kém	4	4

Bảng 4. Biến chứng sau mổ và xử trí

Biến chứng	Tần suất	Tỉ lệ	Xử trí
Biến chứng sau ổ			
Rò tụy	2	8	1 Điều trị nội 1 mổ lại
Rò mật	1	4	Điều trị nội
Viêm phổi	1	4	Điều trị nội
Kết quả			
Tốt	4		

Trường hợp nằm viện ngắn nhất là 7 ngày sau mổ, trường hợp lâu nhất 38 ngày là do người bệnh có biến chứng rò tụy sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày (7-38 ngày). Thời gian có nhu động tiêu hoá trở lại trung bình là 2 ngày sau mổ, người bệnh được cho dinh dưỡng sớm và vận động vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật.

#### IV. Bàn luận

Phẫu thuật nội soi trong bệnh lý tụy gần đây đã phát triển như một tiến bộ mới trong phẫu thuật, và kỹ thuật cắt khối tá tụy hoàn toàn qua nội soi đã chứng minh là một trong số những phẫu thuật tiến bộ đó(4). Garner và Pomp là những người đầu tiên thực hiện phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy vào năm 1994 (1). Thời gian thực hiện phẫu thuật lâu và kỹ

thuật thao tác khó, cùng với yêu cầu kỹ năng phẫu thuật nội soi thành thạo là những lý do khiến nhiều phẫu thuật viên ngần ngại lựa chọn phương pháp mổ ít xâm lấn này trong cắt khối tá tụy. Gần đây, phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy đã được phổ biến rộng rãi bởi vì các phẫu thuật viên cũng ngày càng thành thục về kỹ thuật mổ nội soi. Kết quả là, các báo cáo về phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy cũng gia tăng ở khắp các trung tâm trên toàn thế giới (7).

Theo các y văn chúng tôi có được, tổng cộng 3 nghiên cứu cắt ngang mô tả và 3 nghiên cứu tiến cứu so sánh giữa mổ mở với mổ nội soi cắt khối tá tụy.

Bảng 5. Các báo cáo có số lượng cắt khối tá tụy qua nội soi

Tác giả	Năm	Số lượng ca	Quốc gia
Asbun (2)	2012	268	Mỹ
Croome (3)	2014	322	Mỹ
Speicher (10)	2014	56	Mỹ
Song (9)	2015	2192	Hàn Quốc
Palanivelu (8)	2009	75	Ấn Độ
Honda (4)	2013	26	Nhật Bản

Năm 2012, tác giả Asbun và cộng sự (2) xuất bản bài báo JACS, khi so sánh 215 người bệnh mổ mở với 53 người bệnh mổ nội soi cắt khối tá tụy từ năm 2005 đến 2011 cho thấy: lượng máu mất trong mổ của mổ nội soi ít hơn so với mổ mở ( 195 ml so với 1032 ml,  $p<0,001$ ), giảm thời gian nằm ICU trước khi lên bệnh phòng ( 3 ngày so với 11 ngày,  $p<0,001$ ) và giảm tổng thời gian nằm viện ( 401 phút so với 541 phút,  $p<0,001$ ). Nghiên cứu của Song và cộng sự (9) so sánh mổ nội soi và mổ mở: nhóm mổ nội soi có thời gian mổ ngắn hơn (399,4 đến 566 phút,  $p<0,001$ ), thời gian nằm viện ngắn hơn (11,2 so với 17,3 ngày,  $p<0,001$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày, người bệnh không nằm ICU sau mổ.

Một nghiên cứu của Kim và cộng sự (5) cho thấy, tỉ lệ biến chứng dao động từ 17,6% đến 33,3%). Tác giả Asbun (2) cho rằng tỉ lệ biến chứng giữa mổ mở và mổ nội soi cắt khối tá tụy, bao gồm rò tụy và chập tống xuất dạ dày là như nhau. Theo tác giả Merkow năm 2015 (7), tỉ lệ rò tụy dao động

từ 6,7% đến 29,9 %, trung bình là 15%. Biến chứng chậm tổng xuất dạ dày là 8,6%, dao động từ 3,2% đến 13%, tỉ lệ tử vong là 2,3%... Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 người bệnh ghi nhận biến chứng, chiếm tỉ lệ 16%, trong đó rò tụy chiếm 8% (2 người bệnh), rò mật có 1 người bệnh và viêm phổi sau mổ có 1 người bệnh (chiếm tỉ lệ 4%), không ghi nhận biến chứng chậm tổng xuất dạ dày.

Mesleh và cộng sự (6) xuất bản bài báo năm 2013, nghiên cứu bao gồm 48 người bệnh mổ mở và 75 mổ nội soi cắt khối tá tụy từ năm 2009 đến năm 2013: tỉ lệ chuyển mổ mở dao động từ 0-15%, trung bình là 13%. Thời gian mổ trung bình là 452 phút, dao động từ 357 đến 551 phút. Tác giả cho rằng thời gian mổ phụ thuộc vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của Mesleh là 369ml, dao động từ 74 - 592ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trung bình là 150ml, thời gian mổ trung bình là 425 phút, thời gian phẫu thuật trung bình là 425 phút, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Theo tác giả Merkow năm 2015 (7): tỉ lệ ung thư bóng Vater chiếm 47%, đa phần là u biệt hoá cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ ung thư bóng Vater chiếm 72%, chủ yếu là u biệt hoá trung bình – cao. Điều này có thể giải thích do đây là giai đoạn đầu áp dụng kỹ thuật mổ nội soi cắt khối tá tụy, do đó chúng tôi ưu tiên chọn bệnh thận trọng, các u có kích thước nhỏ, với ung thư bóng Vater là chủ yếu.

Tác giả Merkow (7) cũng đưa ra thông tin về chi phí y tế ,bao gồm chi phí nằm viện và chi phí phẫu thuật. Cho thấy rằng, chi phí phẫu thuật nội soi tuy cao hơn chi phí cho mổ mở, nhưng chi phí nằm viện thấp hơn rất nhiều so với nhóm mổ mở. Đa phần chi phí phẫu thuật cao là do trang thiết bị phẫu thuật. Chi phí chung cho mổ mở và mổ nội soi cắt khối tá tụy là gần như nhau: 154 so với 173 đơn vị tiền (chuyển từ dollars sang “đơn vị” của trung tâm nghiên cứu này), p= 0,5. Báo cáo cũng ghi nhận lượng máu mất trong mổ nội soi ít hơn so với mổ mở. Tác giả nhấn mạnh trong tương lai, khi đường cong huấn luyện được cải thiện, chi phí phẫu thuật cho mổ nội soi cắt khối tá tụy còn giảm hơn nữa.

## V. Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ tử vong thấp và biến chứng chấp nhận được. Đây là một trong những phẫu thuật khó nhưng vẫn có thể thực hiện được với kỹ năng mổ nội soi tốt và có kinh nghiệm mổ mở cắt khối tá tụy. Lựa chọn người bệnh cẩn thận giúp mang lại thành công của phẫu thuật.

## Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Bắc-Trần Công Duy Long.(2014), “Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư quanh bóng Vater”, Tạp chí Y học Tp. HCM. Tập 4 (phụ bản số 4).
2. Asbun HJ, Stauffer JA.Laparoscopic vs open pancreaticoduodenectomy: overall outcomes and severity of complications using the Accordion Severity Grading System.J Am Coll Surg2012;215:810-9
3. Croome KP, Farnell MB, Que FG, et al.Total laparoscopic pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: oncologic advantages over open approaches?Ann Surg2014;260:633-8; discussion 638-40.
4. Honda G, Kurata M, Okuda Y, et al.Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: taking advantage of the unique view from the caudal side.J Am Coll Surg2013;217:e45-9.
5. Kim SC, Song KB, Jung YS, et al.Short-term clinical outcomes for 100 consecutive cases of laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy: improvement with surgical experience.Surg Endosc2013;27:95-103
6. Mesleh MG, Stauffer JA, Bowers SP, et al.Cost analysis of open and laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a single institution comparison.Surg Endosc2013;27:4518-23.comes.
7. Merkow J, Paniccia A. (2015). “ Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a descriptive and comparative review”. Chin J Cancer Res; 27(4):368-375.
8. Palanivelu C, Rajan PS, Rangarajan M, et al.Evolution in techniques of laparoscopic pancreaticoduodenectomy: a decade long experience from a tertiary center.J Hepatobiliary Pancreat Surg2009;16:731-40.
9. Song KB, Kim SC, Hwang DW, et al.Matched Case-Control Analysis Comparing Laparoscopic and Open Pylorus-preserving Pancreaticoduodenectomy in Patients With Periapillary Tumors.Ann Surg2015;262:146-55.
10. Speicher PJ, Nussbaum DP, White RR, et al.Defining the learning curve for team-based laparoscopic pancreaticoduodenectomy.Ann Surg Oncol2014;21:4014-9.