

ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN, SỎI TỤY BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP PHẪU THUẬT FREY VÀ PHẪU THUẬT BEGER

Phạm Hoàng Hà ¹, Trịnh Hồng Sơn ²

¹Trường Đại học Y Hà Nội; ²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger phát huy ưu điểm và hạn chế nhược điểm của mỗi phẫu thuật trong điều trị viêm tụy mạn, sỏi tụy. **Mục tiêu:** trình bày kỹ thuật mổ của phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger và đánh giá kết quả sớm sau mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 35 bệnh nhân viêm tụy mạn, sỏi tụy được điều trị theo phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger từ 3/2008 đến tháng 10/2009. Những khó khăn, thuận lợi trong từng bước mổ và kết quả sớm sau phẫu thuật được nghiên cứu. **Kết quả:** 68,5% bệnh nhân gặp khó khăn ở bước bóc lộ tụy, 65,7% bệnh nhân gặp khó khăn khi cắt nhu mô đầu tụy và 40% bệnh nhân khó tìm ống mật chủ trong tụy. Không có tử vong trong và sau mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ 20%. **Kết luận:** phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger gồm 6 bước, khó khăn nhất là bóc lộ tụy, cắt nhu mô đầu tụy và tìm ống mật chủ trong tụy. Tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ tương tự như các phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn khác.

Từ khóa: Viêm tụy mạn, phẫu thuật Frey, phẫu thuật Beger

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn là bệnh viêm đặc trưng bởi quá trình phá hủy nhu mô tụy tiến triển, không hồi phục, dần dần dẫn tới xơ hóa nhu mô tụy gây suy giảm chức năng tụy nội tiết và ngoại tiết. Chỉ định điều trị phẫu thuật được áp dụng khi đau nhiều không giảm bằng điều trị nội, xuất hiện các biến chứng như hẹp tá tràng, hẹp đường mật, nang giả tụy có triệu chứng... hoặc nghi ngờ ung thư tụy.

Phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger là hai phương pháp được sử dụng rộng rãi trong điều trị viêm tụy mạn nhờ ưu điểm giảm đau lâu dài; bảo tồn được chức năng tụy nội tiết và ngoại tiết [1, 2]. Phẫu thuật Frey dẫn lưu được toàn bộ hệ thống ống tụy nhưng không giải quyết được các biến chứng chèn ép cơ quan lân cận do khối viêm ở đầu tụy [6]. Phẫu thuật Beger giải quyết được vấn đề này nhưng có tỷ lệ tai biến trong và sau mổ cao do phải cắt rời đầu tụy khỏi tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Kết hợp những ưu điểm, hạn chế những nhược điểm của hai phương pháp phẫu thuật nói trên, chúng tôi áp dụng phương pháp kết hợp phẫu thuật

Frey và phẫu thuật Beger trong điều trị viêm tụy mạn, sỏi tụy nhằm **mục tiêu:**

1. Trình bày phương pháp mổ kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger.

2. Đánh giá kết quả sớm sau mổ của phương pháp phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn, sỏi tụy, được điều trị phẫu thuật theo phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 3/2008 đến 10/2009. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn, sỏi tụy bằng khám lâm sàng, cận lâm sàng.

- Bệnh nhân có chỉ định điều trị phẫu thuật: đau nhiều không giảm bởi điều trị nội khoa, có các biến chứng: nang giả tụy, hẹp đường mật, hẹp tá tràng, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Chỉ tiêu về kỹ thuật mổ: mô tả những khó khăn, thuận lợi trong từng bước phẫu thuật:

Bước 1 (thăm dò): mở bụng đường trắng giữa, kiểm tra các tạng.

Bước 2 (bộc lộ tụy): mở vào hậu cung mạc nối, thắt bó mạch vị mạc nối phải bộc lộ toàn bộ mặt trước tụy. Bộc lộ mặt sau khối tá tràng và đầu tụy bằng động tác Kocher, sinh thiết tức thì hạch nhóm 13, nhu mô đầu tụy.

Bước 3 (cắt mở nhu mô tụy): mở dọc ống tụy chính từ đầu tụy đến đuôi tụy, cắt nhu mô đầu tụy từng mảnh để lại 1 vạt nhu mô mỏng mặt sau đầu tụy, diện cắt đầu tụy cách bờ trong tá tràng 1 cm, lấy sỏi trong ống tụy chính và các nhánh phụ, mở vào các nang tụy nếu có. Cầm máu nhu mô tụy bằng các mũi khâu chỉ Prolene 4/0.

Bước 4 (mở ống mật chủ trong tụy): tìm và mở ống mật chủ đoạn trong tụy bằng luồn 1 que thăm qua ống cổ túi mật, khâu mở rộng ống mật chủ vào nhu mô tụy.

Bước 5 (nối tụy - ruột): nối diện cắt mở tụy với

một quai hồng tràng kiểu chữ Y (lớp trong khâu vắt chỉ Vicryl 3/0, lớp ngoài khâu mũi rời chỉ Vicryl 3/0 hoặc Prolene 3/0). Miệng nối chân quai chữ Y tận - bên cách miệng nối tụy - hồng tràng 60 cm.

Bước 6 (đóng bụng): lau rửa ổ bụng, đặt 1 dẫn lưu dưới gan, đóng bụng.

Chỉ tiêu về kết quả sớm sau mổ (trong thời gian bệnh nhân đang nằm viện):

- Thời gian phẫu thuật (tính bằng phút), thời gian nằm viện (tính bằng ngày).

- Lượng máu truyền trong và sau mổ (tính bằng ml).

- Tỷ lệ và nguyên nhân tử vong sau mổ.

- Các biến chứng sau mổ: chảy máu tiêu hóa, rò, bục miệng nối, viêm phổi...

III. KẾT QUẢ

Từ 3/2008 đến 10/2009, chúng tôi có 35 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu với đặc điểm kỹ thuật mổ và kết quả sớm như sau:

Kết quả liên quan đến kỹ thuật mổ:

- Bước 1: khó khăn duy nhất là dính do mổ cũ, gặp ở 3/35 bệnh nhân (chiếm 8,5%).

Bảng 1. Bước 2 (bộc lộ tụy)

Kỹ thuật mổ	Tổng số bệnh nhân	Các khó khăn	
		Nguyên nhân	n (%)
Bộc lộ mặt trước tụy	35	Dính do tụy viêm	24 (68,5)
		Tụy teo, lẫn trong tổ chức mỡ	2 (5,7)
Bộc lộ mặt sau đầu tụy	35	Viêm dính sau phúc mạc	24 (68,5)

Nhận xét bảng 1: khó khăn chủ yếu trong bước bộc lộ tụy là viêm dính các tổ chức quanh tụy.

Nhận xét bảng 2: khó khăn chính khi cắt mở nhu mô tụy là tụy xơ cứng, dễ chảy máu

Nhận xét bảng 3: khó khăn chính khi mở ống mật chủ là không sờ thấy que thăm luồn qua ống cổ túi mật do nhu mô tụy xơ cứng. Bước 5 và bước 6: không gặp khó khăn gì.

Kết quả sớm sau mổ

- Thời gian mổ trung bình: $288,5 \pm 53,6$ phút.

- Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: $7,8 \pm 1,7$ ngày.
- Không phải truyền máu sau mổ, không có tử vong trong và sau mổ.
- 7 trường hợp biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ 20% (1 chảy máu miệng nối tụy - hồng tràng, 1 rò nang tụy, 1 rò đường chấp, 1 viêm phổi, 1 tăng huyết áp và 1 hạ đường máu).

Bảng 2. Bước 3 (cắt mở nhu mô tụy)

Kỹ thuật mổ	Tổng số bệnh nhân	Các khó khăn	
		Nguyên nhân	n (%)
Tìm và mở Wirsung	35	Wirsung không giãn	2 (5,6)
		Nhu mô tụy cứng chắc	1 (2,8)
Cắt nhu mô đầu tụy	35	Khó cầm máu do tụy xơ	23 (65,7)
Mở nang tụy	11	Chảy máu trong nang	2 (31,4)

Bảng 3. Bước 4 (tìm và mở ống mật chủ trong tụy)

Kỹ thuật mổ	Tổng số bệnh nhân	Các khó khăn	
		Nguyên nhân	n (%)
Phẫu tích nhu mô tụy	8	Nhu mô tụy xơ cứng, có khối đầu tụy	2 (25)
Luồn que thăm qua ống cổ túi mật	27	Ống cổ túi mật bé	2 (7,4)
		Đầu tụy cứng, không sờ thấy que thăm	10 (37)
Khâu mở rộng ống mật chủ	35	Tụy xơ, giòn, dễ chảy máu	1 (2,8)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm kỹ thuật phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger:

- Bước 1: có 3 bệnh nhân (8,5%) thăm dò ổ bụng khó do có tiền sử mổ bụng cũ. Như vậy bước này không có gì khác biệt so với các phẫu thuật ổ bụng khác.

- Bước 2: 68,5% bệnh nhân khó bộc lộ tụy do viêm dính của tụy và các cơ quan lân cận. 5,7% bệnh nhân bộc lộ tụy khó do tụy teo, lẫn vào tổ chức mỡ xung quanh. Những khó khăn này gây ra 3 trường hợp tai biến: 1 bệnh nhân rách bao lách khi bộc lộ mặt trước đuôi tụy, phải khâu lại bao lách; 1 bệnh nhân tổn thương tĩnh mạch lách khi mở ống tụy chính ở đuôi tụy do nhu mô tụy teo, phải khâu cầm máu; 1 bệnh nhân thủng mặt sau

đầu tụy khi phẫu tích, xử trí khâu lại chỗ thủng.

- Bước 3: cắt mở nhu mô tụy bắt đầu bằng mở ống tụy chính chỗ giãn nhất. Khi ống tụy chính không giãn (2/35 bệnh nhân) hoặc nhu mô tụy cứng chắc, không tìm được ống tụy chính bằng sờ nắn bề mặt tụy (1/35 bệnh nhân), chúng tôi phải cắt vào nhu mô tụy để tìm ống tụy chính. Cắt bỏ nhu mô đầu tụy đa số gặp khó khăn do tụy xơ cứng, dễ chảy máu (65,7% các trường hợp), nên khâu cầm máu nhu mô tụy tại ranh giới cắt nhu mô và thắt động mạch vị mạc nối phải trước khi cắt. Phẫu thuật Frey chỉ cắt bỏ phần nhu mô đầu tụy nằm trước ống Wirsung, ống Santorini và ống tụy của mỏm móc để giải phóng cả 3 ống này [2]. Chúng tôi cắt nhu mô đầu tụy rộng rãi hơn để lấy bỏ tổ chức viêm đầu tụy và để bộc lộ ống mật chủ đoạn trong tụy. Mở các nang đầu tụy gặp ở

11 bệnh nhân, trong đó 2 bệnh nhân chảy máu trong nang, khâu cầm máu khó do đường vào nang hẹp.

- Bước 4: tìm và mở ống mật chủ trong tụy là nét đặc trưng của phương pháp phẫu thuật này. 8 bệnh nhân tìm được ống mật chủ bằng phẫu tích trong nhu mô tụy, 27 bệnh nhân phải cắt túi mật, luôn que thăm kim loại qua ống cổ túi mật xuống tá tràng, tìm và mở ống mật chủ trên que thăm này. Có 14 bệnh nhân (40%) khó tìm ống mật chủ, nguyên nhân do đầu tụy có khối cứng (12 bệnh nhân), ống cổ túi mật bé (2 bệnh nhân). Việc khâu mở rộng lòng ống mật chủ với nhu mô tụy hoặc ống tụy chính liên kế gặp khó khăn khi nhu mô tụy xơ cứng, dễ chảy máu (1/35 bệnh nhân). Trong phẫu thuật Beger, việc lấy bỏ tổ chức xơ xung quanh ống mật chủ sẽ giải phóng chèn ép ống mật chủ, chỉ khi nào thành ống mật chủ thâm nhiễm viêm dày (kháng định bằng sinh thiết tức thì) thì ống mật chủ đoạn trong tụy mới được mở vào miệng nối tụy - hồng tràng [6].

- Bước 5: miệng nối tụy - hồng tràng thực hiện thuận lợi bằng 2 lớp khâu (33/35 bệnh nhân). Lớp trong khâu vắt, nhưng khi thấy nhu mô tụy đứt thì chúng tôi dừng lại, bắt đầu bằng sợi chỉ khác hoặc khi khâu nối đến đầu tụy thì chuyển thành khâu mũi rời để dễ cầm máu. Có 2 trường hợp xoắn quai ruột đưa lên nối với tụy, phải làm lại miệng nối tụy - ruột. Tuy nhiên, đây không phải là khó khăn của phẫu thuật mà do phẫu thuật viên không kiểm tra quai ruột trước khi nối.

- Bước 6: việc lau rửa, đặt dẫn lưu, đóng bụng không có trường hợp nào gặp khó khăn.

Kết quả sớm sau mổ:

Đây là phương pháp phẫu thuật khó, lần đầu được áp dụng trong điều trị viêm tụy mạn nên thời gian phẫu thuật còn dài, trung bình 288 phút, thời gian nằm viện trung bình 8 ngày. Có 11 bệnh nhân mổ kéo dài trên 5 tiếng; 7 bệnh nhân khó

tìm ống mật chủ, 2 bệnh nhân có phẫu thuật phổi hợp (1 cắt đoạn hồng tràng do u máu và lấy sỏi niệu quản, 1 cắt đuôi tụy và lách do chảy máu nang đuôi tụy), 1 bệnh nhân làm lại miệng nối tụy - ruột, 1 bệnh nhân gỡ dính khó do mổ cũ. Như vậy, nguyên nhân chính khiến phẫu thuật kéo dài là khó tìm ống mật chủ đoạn trong tụy. Không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ, không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 20% tương đương các tác giả khác, trong đó có 3 biến chứng liên quan đến phẫu thuật (chảy máu miệng nối, rò nang tụy, rò dưỡng chấp). Tất cả các biến chứng này đều khỏi với điều trị nội khoa, không có trường hợp nào phải mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp kết hợp phẫu thuật Frey và phẫu thuật Beger gồm 6 bước chính, khó khăn nhất là bóc lộ tụy, cắt nhu mô đầu tụy và tìm ống mật chủ đoạn trong tụy. Phương pháp này không có tử vong trong và sau mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ tương đương với các phẫu thuật khác áp dụng trong điều trị viêm tụy mạn. Phương pháp này nên áp dụng tại các cơ sở chuyên khoa bởi các phẫu thuật viên được đào tạo chuyên khoa sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beger Hans G., Wolfgang Schlosser, Helmut Friess M., (1999), "Duodenum - Preserving Head Resection in Chronic Pancreatitis Changes the Natural Course of the Disease. A Single - Center 26 - Year Experience", Annals of Surgery, 230 (4), 512 - 523.

2. Frey Charles F. and Katsumi Amikura (1994), "Local Resection of the Head of the Pancreas Combined with Longitudinal Pancreaticojejunostomy in the Management of Patients with Chronic Pancreatitis", Annals of surgery, 220 (4), 492 - 507.

3. Hans G. Beger, Rainer Kunz, Bertram Poch, (2004), " The Beger Procedure - Duodenum - Preserving Pancreatic Head Resection. Journal of Gastrointestinal Surgery, 8 (8), 1090 - 1097.

4. Izbicki J. R., Bloechle C., Broering D. C., et al (1998), "Longitudinal V - Shaped Excision of the Ventral Pancreas for Small Duct Disease in Severe Chronic Pancreatitis", Annals of Surgery, 227 (2), 213 - 219.

5. Michael W. Muller, Helmut Friess, Sarah

Leitzbacha, et al (2008), "Perioperative and follow - up results after central pancreatic head resection (Berne technique) in a consecutive series of patients with chronic pancreatitis", The American Journal of Surgery, (article in press), 1 - 8.

6. Wolfgang Schlosser, Frank Gansauge, Bertram Poch, et al (2002). "The Beger Procedure". Operative Techniques in General Surgery, 4 (2), 141 - 152

Summary

TRAITEMENT DE LA PANCRÉATITE CHRONIQUE CALCIFIANTE PAR LA COMBINAISON DES INTERVENTIONS DE FREY ET DE BEGER

Résumé: La combinaison des interventions de Frey et de Beger est meilleure que chacune dans le traitement de la pancréatite chronique calcifiante. **Objectifs:** Présenter la technique de la combinaison des interventions de Frey et de Beger et évaluer ses résultats postopératoires à court terme. **Matériels et Méthode:** 35 cas de pancréatite chronique calcifiante ont été traités par la combinaison des interventions de Frey et de Beger du 3/2008 au 10/2009. Les conditions difficiles et favorables à chaque temps chirurgical ainsi que les résultats postopératoires à court terme ont été analysées. **Résultats:** Difficultés ont été observées avec 68,5% des patients au temps d'exposer le pancréas, 65,7% au temps d'évider le parenchyme de la tête du pancréas et 40% au temps de chercher la partie intrapancréatique du cholédoque. Il n'y avait pas de mortalité postopératoire, le taux de complication postopératoire était 20%. **Conclusion:** La combinaison des interventions de Frey et de Berger comporte 6 temps dont les plus difficiles sont l'exposition du pancréas, l'évidement du parenchyme de la tête du pancréas et la recherche du Cholédoque intrapancréatique. Le taux de mortalité et de complications postopératoires sont similaire aux autres interventions dans le traitement de la pancréatite chronique.

Mots clés: Pancréatite chronique, opération de Frey, opération de Beger