

Kết quả bước đầu cắt khối tá tụy ở người bệnh u quanh bóng Vater tăng bilirubin máu không dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật

Đoàn Tiến Mỹ¹, Nguyễn Thế Hùng², Võ Minh Đạt², Lê Hữu Thành¹, Lâm Nhật Phú¹, Phan Minh Trí¹, Võ Trường Quốc², Đỗ Hữu Liệt², Mai Đại Ngà², Lê Công Trí², Trần Vĩnh Long Trường², Ngô Ngọc Bình Việt²

1. Bệnh viện Chợ Rẫy, 2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thế Hùng,

Đại học Y Dược Thành phố
Hồ Chí Minh

217 Hồng Bàng, Phường 11,
Quận 5, Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0366 748 607

Email: nguyenthehungyc@yahoo.
com.vn

Ngày nhận bài: 14/01/2025

Ngày chấp nhận đăng:

31/3/2025

Ngày xuất bản: 27/6/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Người bệnh u quanh bóng Vater có tăng bilirubin máu trên 15 mg/dl, không kèm rối loạn các cơ quan cần nâng đỡ hỗ trợ, có thể được phẫu thuật cắt khối tá tụy mà không cần dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. Tất cả người bệnh có u quanh bóng Vater, bilirubin máu trên 15 mg/dl, được điều trị phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 02/2023 đến tháng 10/2024.

Kết quả: 13 trường hợp được ghi nhận. Tuổi trung bình là $58 \pm 13,6$, nhỏ nhất 38 tuổi và lớn nhất 82 tuổi. 38,5% trường hợp u bóng Vater, u đầu tụy là 30,8% và u đoạn cuối ống mật chủ là 30,8%. Thời gian mổ trung bình là 270 ± 39 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình 208 ± 76 ml. Giá trị bilirubin toàn phần trước mổ trung bình là $24,5 \pm 8,6$ mg/dl, nhỏ nhất là 15,3 mg/dl, lớn nhất là 40,6 mg/dl. Đa số người bệnh có nồng độ bilirubin máu ngày hậu phẫu 3 đều giảm 50% so với trước mổ. Thời gian nằm viện trung bình $10 \pm 3,4$ ngày, ngắn nhất 8 ngày và lâu nhất là 20 ngày. 9/13 trường hợp rò tụy độ A, chiếm 69%, không có trường hợp rò tụy độ B và C. 1/13 trường hợp chảy máu sau mổ cần phẫu thuật lại, chiếm 7,7%. Nhiễm trùng vết mổ chiếm 7,7%. Không có trường hợp rò mật, xì miệng nối vị tràng hoặc tử vong sau mổ.

Kết luận: Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt khối tá tụy ở người bệnh u quanh bóng Vater tăng bilirubin máu trên 15 mg/dl mà không dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật, nhìn chung an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy, tăng bilirubin máu, rò tụy.

Initial results of pancreaticoduodenectomy in patients with hyperbilirubinemia perampullary tumors without preoperative biliary drainage

Doan Tien My¹, Nguyen The Hung², Vo Minh Dat², Le Huu Thanh¹, Lam Nhat Phu¹, Phan Minh Tri¹, Vo Truong Quoc², Do Huu Liet², Mai Dai Nga², Le Cong Tri², Tran Vinh Long Truong², Ngo Ngoc Binh Viet²

1. Cho Ray Hospital, 2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Abstract

Introduction: Patients with perampullary tumors associated with hyperbilirubinemia above 15 mg/dl, without the organ dysfunction that requires management, could be able to be performed the pancreaticoduodenectomy without preoperative biliary drainage.

Patients and Methods: Retrospective, descriptive case series. All patients with perampullary tumors, blood bilirubin above 15 mg/dl, treated surgically at Cho Ray Hospital from February 2023 to October 2024 were enrolled in study.

Results: 13 cases were reviewed. The mean age was 58 ± 13.6 , range 38 – 82 years of them, 38.5% of cases were ampullary tumors, tumors in the head of the pancreas were 30.8% and in the distal bile duct were 30.8%. The mean operative time was 270 ± 39 minutes. The mean blood loss was 208 ± 76 ml. The mean total bilirubin level before surgery was 24.5 ± 8.6 mg/dl, ranged between 15.3 - 40.6 mg/dl. Most patients had bilirubin level on postoperative day 3 reduced by 50% after surgery. The mean hospital stay was 10 ± 3.4 days, ranged from 8 days to 20 days. 9/13 cases had pancreatic fistula grade A, accounted for 69%, however, there was no cases of pancreatic fistula grade B and C in this series. Postoperative hemorrhage occurred in 1/13 case which required re-operation, accounted for 7.7%. Surgical site infection was in 7.7% of cases. No postoperative complications such as biliary leakage as well as gastrojejunal anastomotic leakage or death were observed.

Conclusions: Initial results of pancreaticoduodenectomy in patients with hyperbilirubinemia perampullary tumors without preoperative biliary drainage, generally showed that its safe and effective.

Keywords: Pancreaticoduodenectomy, hyperbilirubinemia, pancreatic fistula.

Đặt vấn đề

U quanh bóng Vater là tổn thương nằm ở vị trí giải phẫu phức tạp và phẫu thuật cắt khối tá tụy vẫn là phương pháp điều trị triệt để duy nhất. Tuy nhiên, phẫu thuật này rất khó và có tỷ lệ tai biến,

biến chứng còn cao. Việc nghiên cứu yếu tố ảnh hưởng cũng như các phương pháp can thiệp trước, trong và sau phẫu thuật nhằm giảm thiểu các tai biến, biến chứng liên quan đến điều trị bệnh lý này vẫn còn nhiều tranh cãi [1], [2]. Trong đó, việc

dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật ở những người bệnh tắc mật do u quanh bóng Vater trước đây được xem là bắt buộc vì người ta cho rằng tình trạng tắc mật làm ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy [3].

Thời gian gần đây, nhiều nghiên cứu công bố trên thế giới cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong cũng như thời gian sống còn sau phẫu thuật cắt khối tá tụy có dẫn lưu hay không dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng và nhiễm trùng cao hơn ở nhóm có dẫn lưu đường mật, đồng thời kéo dài thời gian nằm viện [4], [5]. Ngoài ra, các phương pháp dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật cũng có nguy cơ xảy ra các biến chứng làm ảnh hưởng đến kế hoạch điều trị [6].

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh có u quanh bóng Vater, bilirubin máu trên 15 mg/dl được điều trị phẫu thuật cắt khối tá tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 02/2023 đến tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Người bệnh vàng da, tắc mật, được chẩn đoán u quanh bóng Vater dựa trên hình ảnh học (cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ) hoặc qua nội soi dạ dày-tá tràng đối với u tá tràng và u bóng Vater.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh có chẩn đoán trước phẫu thuật là u quanh bóng Vater ở giai đoạn phẫu thuật triệt để.

Người bệnh không có các rối loạn cần nâng đỡ trước phẫu thuật như viêm đường mật, suy dinh dưỡng, rối loạn đông máu.

Người bệnh chưa được can thiệp dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án không ghi nhận đầy đủ thông tin.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Các biến số

Các biến số thu thập bao gồm tuổi, giới, BMI, tiền căn nội khoa kèm theo.

Triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm bilirubin máu trước phẫu thuật.

Vị trí u, giải phẫu bệnh của u, thời gian mổ trung bình, lượng máu mất trung bình, tai biến trong mổ.

Xét nghiệm bilirubin máu và dịch ống dẫn lưu bụng ngày hậu phẫu 3, chảy máu sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, rò tụy, rò mật, rò tiêu hóa, rò đường chấp, chậm tổng xuất dạ dày, viêm tụy cấp sau mổ, tử vong sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

Rò tụy sau mổ được định nghĩa và phân loại theo nhóm nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật tụy (ISGPS) [7].

Phân tích số liệu

Số liệu sau khi được thu thập từ hồ sơ bệnh án, sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả

Trong thời gian từ tháng 02/2023 đến tháng 10/2024, tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện Chợ Rẫy đã điều trị phẫu thuật cắt khối tá tụy 13 trường hợp u quanh bóng Vater đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, tất cả đều mổ mở. Tuổi từ 38 đến 82, trung bình là $58 \pm 13,6$; tỉ lệ nam/nữ là 9/4; BMI trung bình là $21,1 \pm 2,3$; có 1 trường hợp có bệnh lý tăng huyết áp đi kèm.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số người bệnh	Tỉ lệ %
Đau bụng	2	15,4
Vàng da	13	100
Ngứa	5	38,5
Sốt	0	0
Sụt cân 5 - 10% cân nặng	0	0

Hầu hết người bệnh nhập viện đều có triệu chứng vàng da. 38,5% người bệnh có triệu chứng ngứa, ở nhóm người bệnh này có bilirubin trước mổ > 30 mg/dl. Không có người bệnh nào có triệu chứng sốt, cũng như sụt cân 5 - 10% cân nặng.

Vị trí u

Bảng 2: Vị trí u

Vị trí u quanh bóng Vater	Tỉ lệ (%)
Đầu tụy	30,8
Đoạn cuối ống mật chủ	30,8
Bóng Vater	38,5
Tá tràng	0

Không có trường hợp nào u tá tràng trong nghiên cứu.

Bilirubin máu trước phẫu thuật:

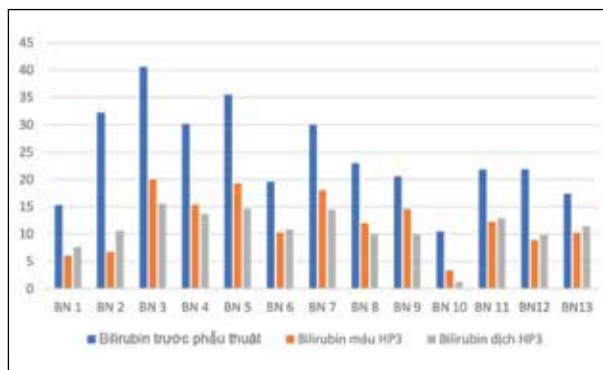
Bilirubin máu trước phẫu thuật trung bình $24,5 \pm 8,6$ mg/dl, với giá trị nhỏ nhất 15,3 mg/dl và lớn nhất 40,6 mg/dl.

Cấy dịch mật trong mổ

Chúng tôi ghi nhận kết quả cấy dịch mật trong mổ không tìm thấy vi khuẩn mọc.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình 270 ± 39 phút, với thời gian mổ nhanh nhất là 200 phút và lâu nhất là 300 phút. Máu mất trong mổ trung bình 208 ± 76 ml, với lượng máu mất ít nhất là 100 ml và nhiều nhất là 300 ml.



Biểu đồ 1: Bilirubin dịch dẫn lưu bụng và bilirubin máu ngày hậu phẫu 3 so với trước phẫu thuật

Đa số người bệnh có nồng độ bilirubin máu ngày hậu phẫu 3 đều giảm 50% so với trước mổ.

Biến chứng

Có 9/13 trường hợp rò tụy sinh hóa, không có trường hợp nào rò tụy độ B hoặc C.

Có 1/13 trường hợp chảy máu sau mổ và phải mổ lại hậu phẫu 2. Nguyên nhân chảy máu là tuột clip động mạch bờ cong nhỏ dạ dày.

Không có trường hợp nào rò mật, xì miệng nối vị tràng hoặc tử vong sau mổ.

Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ 7,7% (1/13). Người bệnh bị nhiễm trùng vết mổ nông.

Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10 \pm 3,4$ ngày, thời gian nằm viện ngắn nhất là 8 ngày và thời gian nằm viện lâu nhất là 20 ngày. Với trường hợp nằm viện 20 ngày là do người bệnh có biến chứng chảy máu sau mổ và phải mổ lại.

Giải phẫu bệnh

Tất cả người bệnh có giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tuyến biệt hóa trung bình, bờ phẫu thuật an toàn.

Bàn luận

Hiện nay, trên thế giới có nhiều nghiên cứu về vấn đề dẫn lưu đường mật trước cắt khối tá tụy đối với người bệnh có tắc mật trước mổ, nhưng vẫn còn nhiều tranh cãi. Trước đây, người ta cho rằng việc dẫn lưu đường mật là bắt buộc, vì tắc mật sẽ làm ảnh hưởng đến khả năng hấp thu vitamin K, ảnh hưởng đến quá trình đông cầm máu cũng như rối loạn chức năng gan, đồng thời áp lực đường mật tăng cao dẫn đến nhiễm trùng từ đường mật và máu [1]. Do đó trong bệnh cảnh tắc mật do u quanh bóng Vater, dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật là thường quy và các phương pháp dẫn lưu đường mật cũng thay đổi qua thời gian. Tuy nhiên, việc dẫn lưu đường mật cũng có nguy cơ nhất định như chảy máu, thủng tá tràng, viêm tụy, nhiễm trùng đường mật ngược dòng... Gavini thấy rằng biến chứng hay gặp sau dẫn lưu đường mật là viêm đường mật, gặp nhiều hơn ở nhóm dẫn lưu qua nội soi so với nhóm dẫn lưu xuyên gan qua da (23% so với 7,5%) [8]. Ngoài ra, thời gian dẫn lưu đường mật thường kéo dài trên 4 tuần trước khi phẫu thuật [9], làm kéo dài thời gian từ lúc

phát hiện bệnh đến lúc can thiệp điều trị triệt để, tăng nguy cơ di căn xa, mất cơ hội điều trị triệt để, bên cạnh đó ảnh hưởng đến tâm lý lo lắng ở người bệnh. Do đó, người ta lại đặt ra vấn đề có nên dẫn lưu đường mật thường quy hay không?

Một số tác giả thấy rằng việc dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật có lợi ích tốt, Harsha Moole và cộng sự sau khi tổng hợp 204 nghiên cứu thấy rằng dẫn lưu đường mật trước mổ làm giảm các biến chứng nặng so với nhóm không dẫn lưu đường mật 10,4% so với 15,6% [10]. Tuy nhiên, một số tác giả khác lại thấy điều ngược lại, Zhiyun Shen và cộng sự nghiên cứu trên 426 người bệnh, chia thành 2 nhóm có dẫn lưu và không dẫn lưu đường mật trước mổ, thấy rằng nhóm có dẫn lưu đường mật trước mổ có thời gian sống còn ngắn hơn nhóm không dẫn lưu đường mật (16,6 so với 22,2 tháng, $p = 0,048$) [11]. Tương tự, Alban Zarzavadjian Le Bian sau khi tổng hợp các nghiên cứu gần đây thấy rằng có nhiều nghiên cứu cho rằng dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật làm tăng biến chứng nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường mật, chậm tổng xuất dạ dày [9].

Còn một số tác giả khác thì thấy không có sự khác biệt về biến chứng nặng cũng như tử vong sau mổ đối với vấn đề dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật hay không. Gregor Werba và cộng sự tổng hợp trên số lượng lớn người bệnh ở Mỹ thì thấy rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong và biến chứng nặng ở nhóm có dẫn lưu đường mật trước mổ, nhưng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao hơn so với nhóm không dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật (9,2% so với 6,8%) [12]. Tương tự như vậy, Yasser Shaib và cộng sự cũng thấy rằng nhóm người bệnh có dẫn lưu đường mật trước phẫu thuật có tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không dẫn lưu đường mật (27.1% và 19.5%; $P = 0.0005$), nhưng tỷ lệ tử vong không có sự khác biệt (3.0% và 2.2%; $P = 0,3$) [13].

Như vậy, đối với những người bệnh tắc mật không kèm rối loạn các cơ quan khác cần nâng đỡ trước phẫu thuật, việc dẫn lưu đường mật trước mổ không cho thấy lợi ích so với phẫu thuật mà không cần dẫn lưu đường mật. Dẫn lưu đường mật trước mổ

cắt khối tá tụy được khuyến cáo ở những trường hợp viêm đường mật cấp tính, suy dinh dưỡng nặng cần nâng đỡ hỗ trợ dinh dưỡng hoặc điều chỉnh các rối loạn cơ quan khác hoặc ở những người bệnh hóa trị tân hỗ trợ, rối loạn đông máu, suy thận hay cần điều trị tân bổ trợ... chưa thể phẫu thuật ngay [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi đánh giá trên những người bệnh này, mặc dù tỉ lệ rò tụy chiếm 69%, nhưng tất cả đều là rò sinh hóa độ A và không có triệu chứng lâm sàng, không có trường hợp nào rò tụy độ B và C. Bên cạnh đó có 1 trường hợp chảy máu sau mổ (7,7%) cần phải mổ lại vào hậu phẫu 2, do tụt clip kẹp mạch máu bờ cong nhỏ dạ dày, sau khi xử trí chảy máu, kiểm tra lại các miệng nối thấy không cần can thiệp gì thêm, chỉ dẫn lưu theo dõi, kết quả người bệnh diễn tiến hậu phẫu ổn và được xuất viện. Đối với rò tụy sinh hóa, Wang thấy rằng nhóm có và không dẫn lưu đường mật trước mổ chiếm tỷ lệ lần lượt là 30% và 35,7%, biến chứng này không gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị và hồi phục của người bệnh. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả này, tỷ lệ rò tụy độ B và C ở nhóm không dẫn lưu đường mật trước mổ chiếm tỷ lệ lần lượt 14,3% và 4,3%, còn nhóm có dẫn lưu đường mật trước mổ lần lượt là 11,1% và 10%. Đối với biến chứng chảy máu trong ổ bụng hoặc lòng ống tiêu hóa, tác giả ghi nhận nhóm không dẫn lưu đường mật trước mổ chiếm 15,7%, nhóm còn lại chiếm 23,3%, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê [15].

Như vậy, nhìn chung kết quả bước đầu phẫu thuật cắt khối tá tụy ở người bệnh u quanh bóng Vater có tăng bilirubin máu cao mà không cần dẫn lưu đường mật trước mổ khá tốt, tỷ lệ biến chứng không cao hơn so với các nghiên cứu về cắt khối tá tụy trước đây [10], [15]. Tuy nhiên, cỡ mẫu còn nhỏ và chưa có nhóm so sánh là nhược điểm của nghiên cứu. Do đó, cần tiếp tục thu thập thêm số lượng và mở rộng nghiên cứu để có cái nhìn chính xác hơn.

Kết luận

Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt khối tá tụy ở người bệnh u quanh bóng Vater tăng bilirubin máu cao ($> 15 \text{ mg/dl}$) mà không dẫn lưu đường mật trước

phẫu thuật, nhìn chung an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, cần thực hiện thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và giá trị cao hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Florian Scheufele, et al., INR and not bilirubin levels predict postoperative morbidity in patients with malignant obstructive jaundice. *The American Journal of Surgery*, 2021. 222(5): p. 976-982.
2. Florian Scheufele, et al., Preoperative biliary stenting versus operation first in jaundiced patients due to malignant lesions in the pancreatic head: A meta-analysis of current literature. *Surgery*, 2017. 161(4): p. 939-950.
3. Jiangtao Chu, et al., The Effect of Preoperative Biliary Drainage with or without Pancreatic Stenting on Complications after Pancreatoduodenectomy: A Retrospective Cohort Study. *Biomed Res Int*, 2021. 2021: p. 1-6.
4. John Mathew Manipadam, et al., The Effect of Preoperative Biliary and Pancreatic Drainage on Postoperative Pancreatic Fistula: A Retrospective Cohort Study. *Surg J (N Y)*, 2018. 4(1): p. 37-42.
5. Kenichiro Uemura, et al., Impact of Preoperative Biliary Drainage on Long-Term Survival in Resected Pancreatic Ductal Adenocarcinoma: A Multicenter Observational Study. *Ann Surg Oncol*, 2015. 22: p. 1238-1246.
6. Louisa Bolm, et al., The impact of preoperative biliary stenting in pancreatic cancer: A case-matched study from the German nationwide pancreatic surgery registry (DGAV StuDoQIPancreas). *Pancreatology*, 2019. 19(7): p. 985-993.
7. Bassi, C. and e. al, The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery*, 2017. 161(3): p. 584 - 591.
8. Gavini, H., et al., The Efficacy of ERCP and PTBD and Comparison of Survival in Unilateral Versus Bilateral Drainage in Patients With Cholangiocarcinoma: Experience From a Single Tertiary Cancer Specialty Institute: 306. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 2014. 109: p. S94.
9. Zarzavadjian Le Bian, A., et al., Effectiveness and risk of biliary drainage prior to pancreatoduodenectomy: review of current status. *Surg Today*, 2018. 48(4): p. 371-379.
10. Moole, H., M. Bechtold, and S.R. Puli, Efficacy of preoperative biliary drainage in malignant obstructive jaundice: a meta-analysis and systematic review. *World Journal of Surgical Oncology*, 2016. 14(1): p. 182.
11. Ziyun Shen, et al., Does Pre-operative Biliary Drainage Influence Long-Term Survival in Patients With Obstructive Jaundice With Resectable Pancreatic Head Cancer? *Frontiers in Oncology*, 2020. 10: p. 1-9.
12. Gregor Werba, et al., Impact of preoperative biliary drainage on 30 Day outcomes of patients undergoing pancreaticoduodenectomy for malignancy. *HBP*, 2020. 24(4): p. 478-488.
13. Yasser Shaib, et al., Preoperative biliary drainage for malignant biliary obstruction: results from a national database. *Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*, 2017. 24(11): p. 637-642.
14. Zhu, L., et al., The role of preoperative biliary drainage on postoperative outcome after pancreaticoduodenectomy in patients with obstructive jaundice. *Gland Surg*, 2023. 12(5): p. 593-608.
15. Wang, D., et al., Impact of preoperative biliary drainage on postoperative complications and prognosis after pancreaticoduodenectomy: A single-center retrospective cohort study. *Frontiers in Oncology*, 2022. 12.