

Ứng dụng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu nội soi hút áp lực âm điều trị rò miệng nối thực quản: Nhân trường hợp đầu tiên tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Phạm Anh Vũ^{1,2}, Đoàn Phước Vững¹, Nguyễn Minh Thảo¹, Vĩnh Khánh²

(1) Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Trung tâm Tiêu hóa nội soi, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Điều trị rò miệng nối tiêu hóa sau phẫu thuật vẫn đang còn là vấn đề thách thức hiện nay với tỉ lệ biến chứng và tử vong cao, đặc biệt là rò miệng nối thực quản. Gần đây, những can thiệp nội soi được áp dụng với tỉ lệ thành công cao. EVAC (endoscopic vacuum-assisted closure) là phương pháp can thiệp nội soi sử dụng áp lực âm giúp điều trị rò. Phương pháp này sử dụng một vật liệu xốp kết nối với ống dạ dày dưới hướng dẫn nội soi đặt vào khoang rò để giúp nhanh liền vết thương, kiểm soát nguồn nhiễm trùng, phá vách và tăng tưới máu mô xung quanh. **Báo cáo ca lâm sàng:** Chúng tôi báo cáo trường hợp lâm sàng bệnh nhân nam 74 tuổi được điều trị thành công rò thực quản sau phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngược được áp dụng hút áp lực âm qua hướng dẫn nội soi - EVAC. **Kết luận:** Đây là một trường hợp báo cáo đầu tiên ứng dụng kỹ thuật mới này tại nước ta và đạt kết quả thành công.

Từ khoá:

Abstract

Application of minimum invasive technique endoscopic vacuum – assisted closure for the treatment of esophageal anastomotic leakage: the first case at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Pham Anh Vu^{1,2}, Doan Phuoc Vung¹, Nguyen Minh Thao¹, Vinh Khanh²

(1) Digestive Surgery Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

(2) Endoscopy Center, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Today, the treatment of anastomotic leakage is still a challenging issue associated with high morbidity and mortality, especially esophageal surgery. Endoscopic vacuum-assisted closure (EVAC) is a technique that uses negative pressure wound therapy to treat fistula endoscopically. Recently, endoscopic approaches have been applied with a high success rate. An endo-SPONGE connected to a nasogastric tube under endoscopic guide into a fistula cavity. This procedure facilitates healing, obtains source control, and aid in reperfusion of the adjacent tissue with debridement. **Case report:** We report a post-thoracoscopic-esophagectomy case of a 74-year-old man who successfully treated anastomotic leakage using EVAC. **Result:** This is the first case report of applying this new technique in our country and achieving successful outcomes.

Key words:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phẫu thuật cắt thực quản cùng với hóa xạ trị hỗ trợ được xem là phương pháp điều trị triệt để ung thư thực quản. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ vượt bậc trong ngoại khoa như phẫu thuật nội soi, ứng dụng các dụng cụ khâu nối tự động hay đánh giá sự tưới máu miệng nối trong mổ nhưng tỉ lệ rò vẫn còn cao. Điều trị rò miệng nối ống tiêu hóa đang còn là vấn đề khó khăn với nhiều phẫu thuật viên

vì tỉ lệ biến chứng và tử vong, nhất là trong trường hợp bệnh nhân được mổ lại. Tỉ lệ rò vẫn còn cao từ 7 – 18% đối với phẫu thuật mở hay nội soi. Trong đó, tỉ lệ tử vong liên quan đến rò miệng nối thực quản lên tới 40%[1],[2],[3],[4]. Phương pháp điều trị biến chứng rò tối ưu vẫn còn đang bàn cãi tuy nhiên nhiều phẫu thuật viên ưu tiên lựa chọn điều trị ít xâm lấn hơn là phẫu thuật lại.

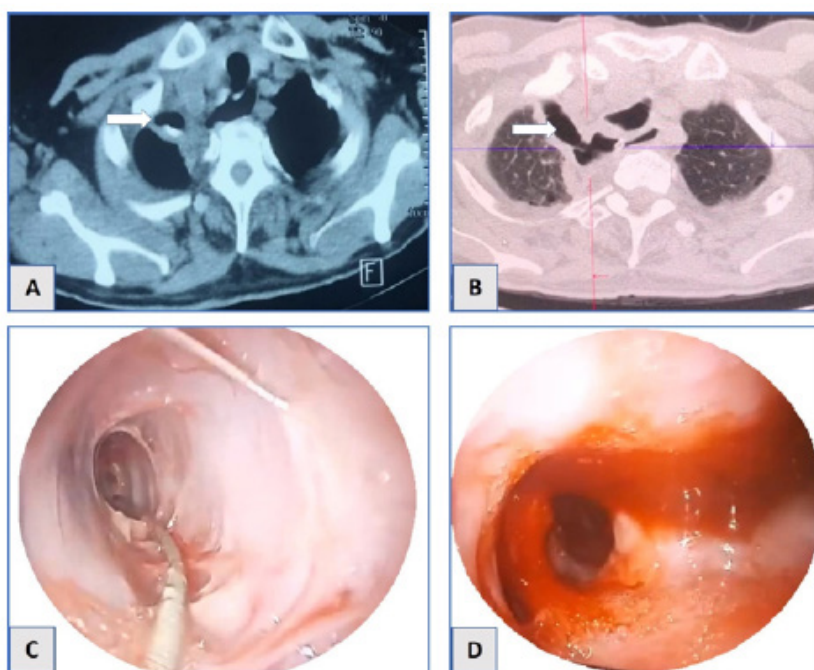
Phẫu thuật lại sau rò miệng nối có tỉ lệ tử vong

rất cao 50% - 100%. Phương pháp hút áp lực âm từ lâu đã được áp dụng để điều trị các vết thương bên ngoài cơ thể, phương pháp này dễ tiếp cận và theo dõi và mang lại kết quả rất tốt. Do đó, việc áp dụng điều trị các tổn thương bên trong ống tiêu hóa đã được đặt ra và bước đầu mang lại kết quả khá khả quan, một số nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ thành công cao 90%[5],[6],[7]. Tuy đặc điểm tổn thương mà phương pháp này có thể áp dụng cho nhiều vị trí, từ thực quản đến trực tràng [8],[9],[10]. Phương pháp hút áp lực âm qua hướng dẫn nội soi (endoscopic vacuum-assisted closure - EVAC) được áp dụng cho các tổn thương rò miệng nối ống tiêu hóa. Can thiệp tối thiểu bằng dẫn lưu và hút áp lực âm đường rò là kỹ thuật mới mang lại kết quả tốt nhưng chưa được thực hiện ở nước ta. Nghiên cứu này giới thiệu trường hợp được báo cáo đầu tiên ứng dụng kỹ thuật EVAC tại Việt Nam và đã được

thực hiện thành công tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 74 tuổi ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản, vị trí 1/3 giữa được phẫu thuật cắt thực quản bằng phương pháp nội soi ngực và tái tạo thực quản bằng dạ dày với miệng nối thực quản cổ - dạ dày tạo hình ở cổ, khâu tay một lớp. Hậu phẫu ngày thứ 6, bệnh nhân được rút sonde dạ dày cho uống nước đường thì xuất hiện khó thở, X-quang có hình ảnh mức hơi dịch vị trí thùy trên phổi phải. Sau đó một ngày, bệnh nhân xuất hiện tình trạng sốt nhiễm trùng nên được chuyển ICU điều trị. Vết mổ vùng cổ khô không thấy phù nề, kết quả CTscan cho thấy có tình trạng rò miệng nối thực quản dạ dày vào khoang màng phổi tạo ổ dịch và khí khu trú kích thước 9x11x16cm (Hình 1).



Hình 1. A,B. Hình ảnh đường rò trên phim Ctscan (mũi tên trắng);
C,D. Tổn thương rò trên nội soi sát miệng nối thực quản cổ.

Với đánh giá nguy cơ tử vong rất cao khi phẫu thuật lại do tình trạng suy hô hấp cũng như thể trạng bệnh nhân nên chúng tôi quyết định điều trị bảo tồn bằng kháng sinh mạnh, nuôi dưỡng qua mớ thông hồng tràng kết hợp với đặt lại dẫn lưu ngực do dẫn lưu ngực sau mổ không hiệu quả. Kết quả sau 1 tháng, bệnh nhân có đáp ứng về lâm sàng, tuy nhiên khi bệnh nhân ăn trở lại thì tình trạng nhiễm trùng lại tiếp diễn. Nội soi chẩn đoán phát hiện lỗ rò 1,5cm, tạo đường hầm kéo dài 15cm. Chúng tôi

quyết định kẹp ống dẫn lưu ngực, áp dụng hút áp lực âm qua hướng dẫn nội soi - EVAC, đặt vật liệu xốp (Endo-SPONGE® - BBraun) phủ đầu ống sonde dạ dày vào khoang màng phổi hút liên tục.

Dụng cụ và cách thực hiện

Bộ dụng cụ bao gồm 1 máy hút áp lực âm, ống hút nhựa hoặc silicon kích thước có thể thay đổi từ 14Fr – 18Fr và vật liệu xốp (Endo-SPONGE).

Tùy vào vị trí mà có thể thực hiện tại phòng nội soi hoặc phòng mổ. Bác sĩ nội soi và phẫu thuật viên

phối hợp trong quá trình thực hiện thủ thuật.

Đối với các tổn thương tiếp cận từ đường miệng như thực quản, dạ dày, tá tràng, ruột non: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt dụng cụ bảo vệ miệng.

Bước 1: Nội soi chẩn đoán: Nội soi kiểm tra đánh giá vị trí, kích thước lỗ dò, khoang dò để lựa chọn dụng cụ và cắt chỉnh miếng xếp phù hợp.

Bước 2: Tạo hình vật liệu xếp: Đặt ống thông dạ dày qua đường mũi, sau đó kéo ngược ra ngã miệng để gắn vật liệu xếp vào đầu ống. Cắt vật liệu xếp vừa khoang dò, khâu ép để đưa lọt qua lỗ dò. Cắt miếng xếp hình elip, tạo rãnh cho ống thông sao cho không bị hở phía trước, cố định chắc miếng xếp và ống thông. Đầu mũi khâu xuyên miếng xếp và ống thông rồi thắt một mũi chỉ hờ (Hình 2).



Hình 2. A. Vật liệu xếp, B. Vật liệu xếp nội soi được tạo hình

Bước 3: Nội soi đặt vật liệu xếp: Dùng kẹp răng chuột của dụng cụ nội soi kẹp vào mũi chờ hờ, đưa đầu xếp xuống thực quản, qua lỗ dò đặt vào khoang dò. Cố định ống thông ở mũi hoặc miệng.

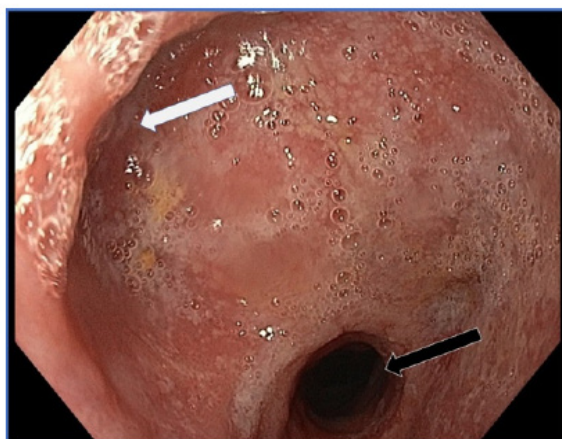
Bước 4: Thiết lập hệ thống hút liên tục áp lực âm 100 - 125 mmHg.

Bước 5: Tháo và thay vật liệu xếp: Sau 3 - 5 ngày tiến hành thay vật liệu xếp.

Theo dõi và tái khám

Sau 6 lần thay vật liệu xếp, (trung bình 4-5 ngày thay 1 lần), ổ áp xe giảm kích thước, lâm sàng bệnh nhân cải thiện tình trạng nhiễm trùng và suy hô hấp. Bệnh nhân được kiểm tra bằng nội soi thực quản và Ctscan trong quá trình điều trị. Kết quả nội soi đánh giá kích thước lỗ dò cuối cùng là 1x2 cm với đáy vết thương sạch, nông. Bệnh nhân hoàn toàn ổn định và có thể dung nạp thức ăn bằng đường miệng.

Tái khám sau 3 tháng, bệnh nhân ổn định, có thể ăn uống bình thường với thức ăn đặc. Hình ảnh nội soi không thấy lỗ dò và Ctscan ngực bụng chưa phát hiện bất thường (Hình 3).



Hình 3. Hình ảnh nội soi lỗ dò sau 3 tháng ra viện
(mũi tên trắng: đáy lỗ dò, mũi tên đen: miệng nối thực quản cổ - dạ dày tạo hình)

3. BÀN LUẬN

Hiện nay, can thiệp phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt căn ung thư thực quản. Theo đó, một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất sau phẫu thuật là dò thực quản. Lâm sàng có thể biểu hiện từ không triệu chứng, thâm lặng cho đến nhiễm trùng nặng thậm chí tử vong. Bệnh nhân được báo cáo trên có biểu hiện suy hô hấp, nhiễm trùng từ ngày thứ 6 sau mổ, tuy vậy dẫn lưu ngực sau mổ không có dịch mủ hay dịch tiêu hóa. Do bệnh diễn tiến nhanh, thời điểm xảy ra phù hợp nên chúng tôi quyết định kiểm tra CTscan thì phát hiện dò miệng nối khoang màng phổi khu trú vùng đỉnh phổi phải.

Phương pháp điều trị dò miệng nối hiện nay vẫn còn bàn cãi. Phương án phẫu thuật lại, điều trị bảo tồn hay can thiệp nội soi (đặt stent hoặc hút áp lực âm) được đặt ra. Chiến lược điều trị dò miệng nối tùy thuộc đánh giá lâm sàng; vị trí của miệng nối; kích thước lỗ dò; hiệu quả của ống dẫn lưu; liên quan của các cơ quan xung quanh như phổi, đường thở; mức độ nhiễm trùng và tình trạng huyết động của bệnh nhân. Dù chưa có đồng thuận hay hướng dẫn nào được đưa ra nhưng điều trị dò hiện nay dần dần có sự thay đổi từ phẫu thuật sang điều trị bảo tồn và can thiệp nội soi. Theo nghiên cứu của Khaled Alanezi tỉ lệ tử vong khi phẫu thuật lại do dò miệng nối là 100% (4/4 bệnh nhân)[1]. Trường hợp dò thực quản của chúng tôi bệnh nhân có suy hô hấp nặng, việc can thiệp tối thiểu EVAC là tốt hơn và an toàn hơn. Phẫu thuật được đặt ra khi bệnh nhân có tình trạng huyết động không ổn định, khi đó EVAC chỉ thực hiện chỉ sau khi phẫu thuật thất bại. Khi bệnh nhân ổn định thì EVAC vẫn có thể là phương pháp điều trị đầu tiên. Bệnh nhân thất bại trong việc kiểm soát dò hoặc xuất hiện tình trạng không ổn định trong liệu trình EVAC nên chuyển sang can thiệp phẫu thuật. EVAC có thể được xem là một phần của quá trình điều trị dò tiêu hóa chứ không nhất thiết là phương pháp duy nhất[6].

Ở bệnh nhân này, chúng tôi quyết định điều trị bảo tồn bằng kháng sinh tĩnh mạch, nhịn ăn nuôi dưỡng qua mở thông hồng tràng do tình trạng dò khu trú cạnh miệng nối, kích thước lỗ dò nhỏ 1,5cm và tình trạng suy hô hấp nặng. Sau thời gian điều trị nội khoa tình trạng nhiễm trùng và suy hô hấp không cải thiện nhiều nên phương pháp EVAC được áp dụng. EVAC được Weidenhagen mô tả lần đầu tiên năm 2008 trong việc áp dụng điều trị dò trực

tràng sau phẫu thuật cắt trước và đã thành công trong việc kiểm soát trình trạng nhiễm trùng[11]. Từ đó đến nay, nhiều nghiên cứu cho thấy EVAC có hiệu quả trong điều trị dò tiêu hóa. Kuehn và cộng sự trong nghiên cứu về sử dụng EVAC điều trị tổn thương ống tiêu hóa trên với hơn 200 bệnh nhân cho hiệu quả hơn 90% với thời gian điều trị từ 11 đến 36 ngày [5]. Theo Yang Won Min và cộng sự, áp dụng EVAC điều trị dò thực quản cho 20 bệnh nhân, tỉ lệ thành công lên tới 95% (19/20), trường hợp còn lại sau 6 lần thay vật liệu xố thì từ chối điều trị tiếp [10]. Trong một nghiên cứu điều trị dò miệng nối thực quản sau phẫu thuật của M. Ahrens thành công trong cả 5 trường hợp áp dụng. Dù trong nước ta chưa có áp dụng phương pháp này, nhưng qua các nghiên cứu nước ngoài cho thấy vai trò của EVAC trong điều trị dò miệng nối là khả quan.

Nguyên lý hoạt động của việc đặt vật liệu xố hút liên tục là kích thích lên mô hạt liền vết thương, kiểm soát được nguồn dịch ống tiêu hóa, phá vách trong ổ dịch. Trong trường hợp lỗ dò nhỏ hơn 1cm, việc đặt vật liệu xố qua lỗ dò khó khăn có thể lựa chọn mở rộng lỗ dò hoặc đặt vật liệu xố trong lòng ống tiêu hóa, vị trí đặt trên bề mặt niêm mạc và che phủ hết lỗ dò (endoluminal vacuum-assisted closure) cũng mang lại hiệu quả kiểm soát lượng dịch tiêu hóa đổ vào lỗ dò. Dưới tác dụng của hút áp lực âm, đáy vết thương sẽ dần dần cho đến mép lỗ dò. Tùy vị trí và kích thước lỗ dò, kích thước ổ áp xe mà chọn phương pháp đặt vật liệu xố vào khoang hay ngay trong lòng ống tiêu hóa. Có thể cân nhắc nong lỗ dò để đặt vật liệu xố vào khoang. Lỗ dò hơn 3cm hoặc dò có đường thông ra da khó thực hiện được bằng phương pháp này. EVAC thay 3 – 7 ngày. Càng để lâu thì dịch tiêu hóa sẽ ngấm vào vật liệu xố và làm giảm áp lực hút lên khoang kín. Ngoài ra nếu để vật liệu xố kéo dài sẽ khiến mô hạt phát triển vào miếng xố khiến việc kéo ra khó khăn[8].

4. KẾT LUẬN

Dò thực quản sau phẫu thuật vào khoang màng phổi hay trung thất sau cắt thực quản là biến chứng nặng và nguy cơ tử vong cao. Phát hiện sớm kèm hút áp lực âm liên tục lỗ dò dưới hướng dẫn của nội soi mềm tại Bệnh viện Đại học Y dược Huế bước đầu cho thấy kết quả là phương pháp điều trị xâm nhập tối thiểu và mang lại kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] K. Alanezi and J. D. Urschel, "Mortality secondary to esophageal anastomotic leak," *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, vol. 10, no. 2, pp. 71–75, 2004.
- [2] T. N. Price *et al.*, "A comprehensive review of anastomotic technique in 432 esophagectomies," *Ann. Thorac. Surg.*, vol. 95, no. 4, pp. 1154–1161, 2013, doi: 10.1016/j.athoracsur.2012.11.045.
- [3] S. S. Saluja *et al.*, "Randomized Trial Comparing Side-to-Side Stapled and Hand-Sewn Esophagogastric Anastomosis in Neck," *J. Gastrointest. Surg.*, vol. 16, no. 7, pp. 1287–1295, 2012, doi: 10.1007/s11605-012-1885-7.
- [4] A. Turkyilmaz, A. Eroglu, Y. Aydin, C. Tekinbas, M. Muharrem Erol, and N. Karaoglanoglu, "The management of esophagogastric anastomotic leak after esophagectomy for esophageal carcinoma," *Dis. Esophagus*, vol. 22, no. 2, pp. 119–126, 2009, doi: 10.1111/j.1442-2050.2008.00866.x.
- [5] F. Kuehn, G. Loske, L. Schiffmann, M. Gock, and E. Klar, "Endoscopic vacuum therapy for various defects of the upper gastrointestinal tract," *Surg. Endosc.*, vol. 31, no. 9, pp. 3449–3458, 2017, doi: 10.1007/s00464-016-5404-x.
- [6] S. Still, M. Mencia, E. Ontiveros, J. Burdick, and S. G. Leeds, "Primary and rescue endoluminal vacuum therapy in the management of esophageal perforations and leaks," *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, vol. 24, no. 4, pp. 173–179, 2018, doi: 10.5761/atcs.0a.17-00107.
- [7] M. A. Ward, T. Hassan, J. S. Burdick, and S. G. Leeds, "Endoscopic vacuum assisted wound closure (EVAC) device to treat esophageal and gastric leaks: assessing time to proficiency and cost," *Surg. Endosc.*, vol. 33, no. 12, pp. 3970–3975, 2019, doi: 10.1007/s00464-019-06685-2.
- [8] S. G. Leeds, M. Mencia, E. Ontiveros, and M. A. Ward, "Endoluminal Vacuum Therapy: How I Do It," *J. Gastrointest. Surg.*, vol. 23, no. 5, pp. 1037–1043, 2019, doi: 10.1007/s11605-018-04082-z.
- [9] M. Shalaby, S. Emile, H. Elfeki, A. Sakr, S. D. Wexner, and P. Sileri, "Systematic review of endoluminal vacuum-assisted therapy as salvage treatment for rectal anastomotic leakage," *BJS open*, vol. 3, no. 2, pp. 153–160, 2019, doi: 10.1002/bjs5.50124.
- [10] Y. W. Min *et al.*, "Endoscopic vacuum therapy for postoperative esophageal leak," *BMC Surg.*, vol. 19, no. 1, pp. 1–7, 2019, doi: 10.1186/s12893-019-0497-5.
- [11] R. Weidenhagen, K. U. Gruetzner, T. Wiecken, F. Spelsberg, and K. W. Jauch, "Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: A new method," *Surg. Endosc. Other Interv. Tech.*, vol. 22, no. 8, pp. 1818–1825, 2008, doi: 10.1007/s00464-007-9706-x.