

ĐIỀU TRỊ HẸP THỰC QUẢN DO HÓA CHẤT BẰNG PHẪU THUẬT COLON-BYPASS DÙNG ĐẠI TRÀNG TRÁI - KINH NGHIỆM QUA 4 TRƯỜNG HỢP

Lâm Việt Trung¹, Trần Phùng Dũng Tiến¹, Nguyễn Võ Vĩnh Lộc¹, Bùi Đức Ái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả về mặt kỹ thuật phẫu thuật colon-bypass dùng đại tràng trái trong điều trị hẹp thực quản do hóa chất.

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, 4 trường hợp phẫu thuật colon-bypass dùng đại tràng trái tại khoa Ngoại tiêu hoá Bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Từ 01/2015 đến 10/2015, chúng tôi thực hiện 4 trường hợp phẫu thuật colon-bypass điều trị hẹp thực quản do hóa chất. Tất cả các trường hợp đều dùng đại tràng trái và sử dụng miệng nối thực quản cổ. Không có trường hợp nào xì miệng nối thực quản đại tràng và tái hẹp sau 1 tháng. Chức năng nuốt được cải thiện sau phẫu thuật.

Kết luận: Phẫu thuật colon-bypass dùng đại tràng trái trong điều trị hẹp thực quản do hóa chất là một kỹ thuật khó nhưng có thể thực hiện được an toàn. Cần chú ý đến những đặc điểm kỹ thuật như nhận biết giải phẫu và bảo tồn mạch máu đại tràng trái, cung viên trong lúc mổ, nối cùng chiều nhu động, bảo đảm miệng nối thực quản cổ đại tràng trái đủ máu nuôi, không bị căng.

Từ khóa: Hẹp thực quản do hóa chất, phẫu thuật Colon bypass

ABSTRACT

LEFT COLIC GRAFT INTERPOSITION FOR ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION IN PATIENTS WITH A CAUSTIC STRICTURE: EXPERIENCES OF 4 PATIENTS

Lam Viet Trung¹, Tran Phung Dung Tien¹, Nguyen Vo Vinh Loc¹, Bui Duc Ai¹

Purpose: To evaluate the technical outcomes of Colon bypass surgery using left colon in treating of esophageal caustic stricture.

Methods: We reviewed prospectively 4 patients who were underwent colon bypass surgery using left colon for esophageal caustic stricture at the Gastrointestinal Surgery Department of Cho Ray hospital.

Results: From January to October 2015, we have performed 4 cases of colon bypass surgery to treat esophageal caustic stricture. All patients were used left colon for reconstruction via substernal route with cervical esophago-colonic anastomosis. There was no anastomotic leakage or stricture after one month follow-up. Patient can eat by mouth and satisfied with the operations.

Conclusion: Colon bypass using left colon to treat esophageal caustic stricture is an complex but feasible and safe operation. Some technical points that may influenced the success of surgery like: anatomy and integrity of colic vessels, marginal vessels; isoperistaltic interposition; well blood supply and tension-free anastomosis.

Keywords: Esophageal caustic stricture, Colon bypass

1. Bệnh viện Chợ Rẫy

- Ngày nhận bài (received): 14/11/2015; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;

- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015

- Người phản biện: Phạm Như Hiệp

- Người phản hồi (Corresponding author): Lâm Việt Trung

- Email: drlamviettrung@yahoo.com.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với bệnh nhân hẹp thực quản do hóa chất, phẫu thuật cắt thực quản là phẫu thuật lớn, khó khăn, phẫu tích thực quản đa số rất khó do viêm dính nhiều, khả năng tổn thương khí phế quản và các tạng quanh thực quản cao. Ngoài ra, một số trường hợp có kèm theo hẹp dạ dày, dẫn đến phải cắt kèm theo dạ dày, hoặc khó khăn khi dùng ống dạ dày để thay thế thực quản.

Phẫu thuật colon-bypass giúp tránh được những tai biến, biến chứng của phẫu thuật cắt thực quản dạ dày, giúp bảo tồn dạ dày đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ.

Sử dụng đại tràng thay thế thực quản đã được báo cáo từ những năm 1911[2], nhưng do vì tính chất phức tạp về mặt kỹ thuật nên đây vẫn là một kỹ thuật khó và ít gặp đối với các phẫu thuật viên.

Nghiên cứu chúng tôi trình bày một số kinh nghiệm và tập trung vào một số điểm quan trọng về mặt kỹ thuật ảnh hưởng đến kết quả cuộc mổ.

II. SỐ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

Trong khoảng thời gian từ 01/2015 đến 10/2015, chúng tôi thực hiện được 4 trường hợp phẫu thuật colon-bypass dùng đại tràng trái trong điều trị hẹp thực quản do hóa chất tại khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy.

Kỹ thuật phẫu thuật :

Thì cổ: Bộc lộ thực quản

- Chọn đường mổ: thường chọn đường rạch da cổ dài dọc theo máng cánh bên trái hình chữ L, giới hạn trên lên đến ngang xương móng, giới hạn dưới đến hõm ức, cắt cơ vai móng vào máng cánh tìm thực quản.

- Nội soi thực quản trong mổ để xác định chính xác vị trí hẹp của thực quản phối hợp với đánh giá qua đường mổ cổ. Xác định vị trí miệng nối trên chỗ hẹp. Việc bóc tách thực quản với mô xung quanh thường khó khăn do thực quản viêm dính vào mô xung quanh.

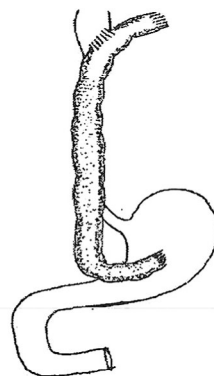
- Tìm dây thần kinh quặt ngược thanh quản trái để tránh làm tổn thương

Thì bụng:

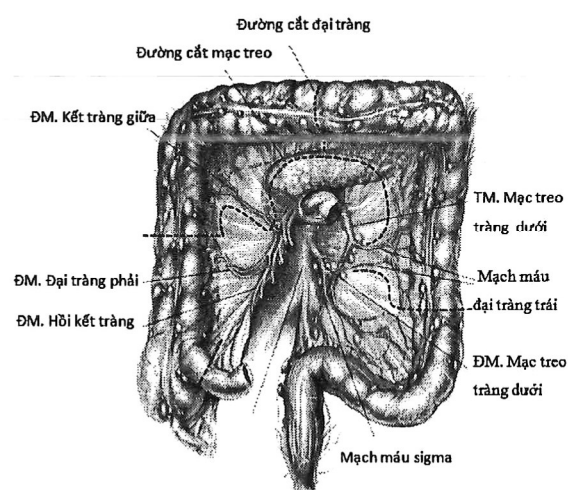
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa. Đường mổ trên dưới rốn

- Di động toàn bộ đại tràng, xác định chiều dài đại tràng trái cần thay thế. Tùy thuộc vào chiều dài mảnh ghép dài hay ngắn mà chúng tôi cắt bó mạch kết tràng giữa hay không. Khi di động cần chú ý bảo vệ, tránh làm tổn thương các mạch máu nuôi, nhất là cung viền. Chúng tôi sử dụng bulldog kẹp các mạch máu nuôi từ kết tràng giữa và sigma, chỉ để lại nhánh nuôi từ đại tràng trái để kiểm tra nuôi dưỡng của đoạn đại tràng trái thay thế trước khi cắt.

- Đoạn đại tràng được đưa lên qua ngả sau xương ức cùng chiều nhu động nối với thực quản cổ theo kiểu bên bằng endo GIA 60. Sau đó chúng tôi nối đầu còn lại của mảnh ghép đại tràng với dạ dày hay hồng tràng, nối 2 đầu đại tràng còn lại và mở hồng tràng nuôi ăn.



Hình 1: Sơ đồ phẫu thuật cắt toàn bộ thực quản và dạ dày, tạo hình bằng đại tràng trái



Hình 2: Mạch máu và đường cắt đại tràng
(Nguồn: Colon Interposition for Staged Esophageal Reconstruction[3])

III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ 01/2015 đến 10/2015, chúng tôi thực hiện được 4 trường hợp phẫu thuật colon-bypass dùng đại tràng trái trong điều trị hẹp thực quản do hóa chất.

Trong đó: có 2 nữ và 2 nam, độ tuổi từ 20 đến 38; 3 trường hợp hẹp thực quản và 1 trường hợp hẹp cả thực quản và dạ dày do hóa chất; 2 trường hợp do acid 2 trường hợp do xút. Tất cả bệnh nhân đều nói là uống nhầm.

Thời gian mổ trung bình 180 phút.

Có 3 trường hợp nối ống đại tràng vào dạ dày, 01 trường hợp nối ống đại tràng vào hồng tràng do dạ dày cũng bị teo hẹp.

Thời gian trung bình nằm viện: 08 ngày, tất cả các trường hợp mổ thực quản chúng tôi cho bệnh nhân nằm lại qua đêm ở khoa hậu phẫu hoặc ICU để theo dõi, chỉ chuyển lên khoa ngày hôm sau khi tình trạng bệnh nhân sinh hiệu ổn, rút nội khí quản.

Cho ăn qua sonde nuôi ăn hồng tràng ngày thứ 2.

Không có tai biến và biến chứng, không có tử vong sau mổ. Đến nay cả 4 bệnh nhân đều có thể ăn uống dễ dàng.

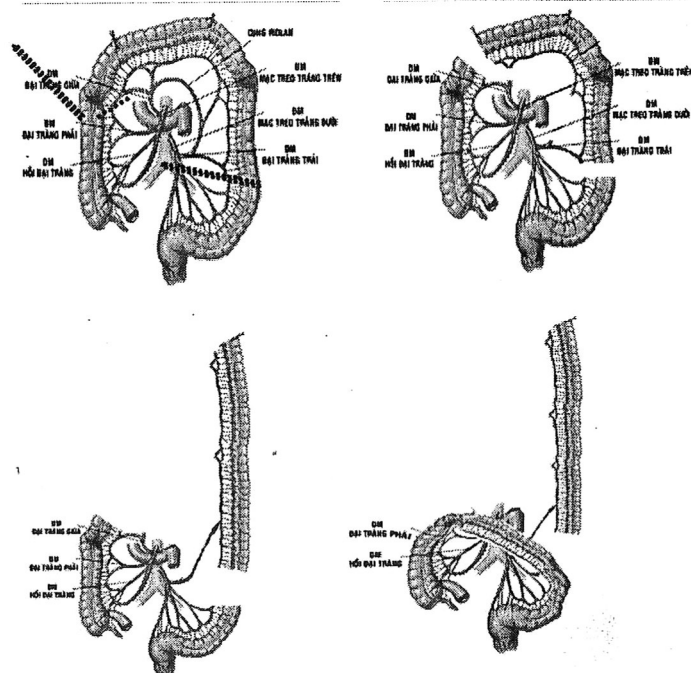
IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp dùng đại tràng trái thay thế thực quản

Vào năm 2008, khi thực hiện phẫu thuật cắt thực quản qua nội soi ngực phải cho bệnh nhân hẹp thực quản do uống nhầm chất xút, rất khó khăn để tìm và phẫu tích thực quản do thực quản dính chặt vào những cấu trúc xung quanh. Khi phẫu tích đoạn thực quản giữa, phát hiện có rò thực quản với phế quản gốc trái phần màng, được khâu lại phế quản qua nội soi. Việc khâu khá khó khăn do ống nội khí quản Carlene được đặt vào phế quản trái. Trường hợp này cả thực quản và dạ dày đều teo hẹp và viêm dính, phải dùng đại tràng trái thay thế, nối với thực quản sát hạ họng. Hậu phẫu bệnh ổn và xuất viện sau 10 ngày.

Do vậy, khi đánh giá một bệnh nhân có khả năng hẹp thực quản nhiều và viêm dính nhiều với cấu trúc xung quanh. Chúng tôi chủ động thực hiện kỹ thuật colon-bypass, dùng đại tràng trái thay thế, không cắt thực quản.

Chúng tôi dùng đại tràng trái thay thế, theo hướng cùng chiều nhu động, sử dụng cung mạch đại tràng trái. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, khi dùng đại tràng trái thay thế để đưa lên nối vào thực quản cổ, ngoài việc giữ lại bó mạch kết tràng trái, chúng tôi để thêm nhánh chậu hông thứ nhất cho mảnh ghép đại tràng này, sẽ giúp cung cấp máu nuôi dồi dào hơn.



Hình 3: Mô hình dùng đại tràng trái thay thế thực quản

Điều trị hẹp thực quản do hóa chất bằng phẫu thuật...

Có thể dùng đại tràng phải, đại tràng ngang thay thế thực quản, nhưng chúng tôi sử dụng đại tràng trái vì đại tràng trái dài, khi cần có thể lấy cả đại tràng ngang và một phần đại tràng chậu hông. Ngoài ra, kích thước đại tràng trái đều nhau, không có chỗ phình to như manh tràng, điều này giúp đưa lên cổ dễ dàng hơn và giảm biến chứng thiếu máu nuôi đại tràng. Hơn nữa bảo tồn đại tràng phải sẽ giúp bảo tồn chức năng hấp thu nước của đại tràng bên phải

và không ảnh hưởng đến van hồi manh tràng.

Thay thế thực quản bằng đại tràng có nhiều lợi điểm như: mạch máu nuôi dưỡng tốt, chiều dài mảnh ghép dài, ít biến chứng về lâu dài như viêm, hẹp miệng nối do tính kháng acid của đại tràng tuy nhiên kỹ thuật này tương đối phức tạp làm kéo dài thời gian mổ, phải chuẩn bị đại tràng trước mổ, đồng thời cũng làm tăng tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong sau mổ[4].

Bảng 1: Tỉ lệ tử vong và biến chứng dùng đại tràng thay thế thực quản theo một số nghiên cứu[4]

Nghiên cứu	Số bệnh nhân (Số BN ung thư)	Phương pháp (%)	Tỉ lệ tử vong	Hoại tử mảnh ghép	Rò miệng nối	Hẹp miệng nối
DeMester	92(37)	Trái (92)	5	7,6	4,3	4,3
Hagen	72(72)	Trái	5,6	5,6	12,5	*
Mansour	129(35)	Phải (66)	5,9	3,0	14,8	2,3
Cerfolio	32(15)	Trái (63)	9,4	9,4	3,3	24
Isolauri	248(248)	Trái (54)	16	3	4	*
Thomas	60(37)	Trái (88)	8,3	5,0	10	13,5
Kolh	38(38)	Trái (63)	2,5	0	0	*

(*) nghiên cứu không đề cập

Trong nghiên cứu 4 trường hợp không có ca nào tử vong sau mổ, không gặp biến chứng xì miệng nối hay hoại tử mảnh ghép. Ngoài những vấn đề về kỹ thuật chúng tôi sẽ trình bày ở dưới, việc hồi sức, dinh dưỡng, bồi hoàn nước điện giải trước và sau mổ có vai trò quyết định.

4.2. Những vấn đề về kỹ thuật

4.2.1. Giải phẫu mạch máu đại tràng[6]

Như chúng ta đã biết đại tràng trái được nuôi dưỡng bởi nhánh đại tràng trái và các nhánh sigma xuất phát từ động mạch mạc treo tràng dưới. Cung mạch viền giữa đại tràng bên phải và bên trái có thể mất liên tục tại góc lách khoảng 5%, trong những trường hợp như vậy hoặc có bệnh lý mạch máu đi kèm ảnh hưởng đến nuôi dưỡng đại tràng trái chúng ta nên chọn đại tràng phải.

Đại tràng phải được nuôi dưỡng bởi động mạch đại tràng giữa, đại tràng phải và động mạch hồi đại tràng xuất phát động mạch mạc treo tràng trên. Động mạch hồi đại tràng tương đối hằng định, các nhánh còn lại có thể thay đổi, khoảng 25% dân số

không có nhánh đại tràng giữa, hoặc có 2 nhánh; 20% không có nhánh đại tràng phải chính điều đó làm cho mạch máu viền không liên tục khoảng 25-75% ở đại tràng phải.

Lựa chọn đại tràng phía bên trái hay bên phải tùy thuộc vào thói quen của phẫu thuật viên, giải phẫu mạch máu nuôi đại tràng khảo sát trước mổ bằng chụp hình mạch máu đại tràng hoặc trực tiếp thám sát lúc mổ.

Trong một nghiên cứu của Pascal Thomas[6], từ 1985-1995 gồm 63 trường hợp dùng đại tràng thay thế thực quản có 53 trường hợp dùng đại tràng trái, những trường hợp không thể dùng đại tràng trái do không có mạch máu đại tràng trái 5%, không có mạch máu cung viền ở đại tràng góc lách 5%, phình động mạch chủ gây tắc bó mạch mạc treo tràng dưới 1,7%

4.2.2. Đánh giá trước mổ

Cần xác định có hay không các bệnh lý đi kèm của đại tràng như ung thư, viêm đại tràng mạn hay đa túi thừa thông qua nội soi đại tràng; chụp mạch máu đại tràng trước mổ chỉ cần thiết khi có

Bệnh viện Trung ương Huế

bệnh lý mạch máu đi kèm.

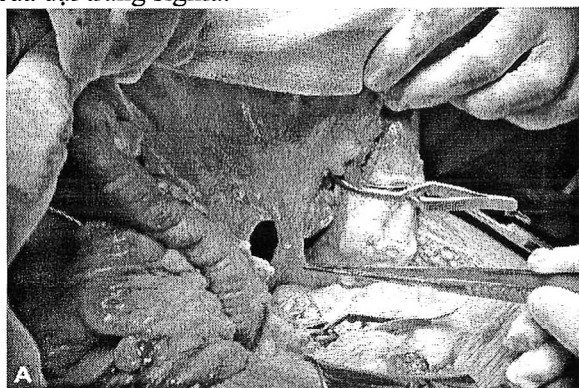
4.2.3. Những chú ý trong mổ

Đánh giá mạch máu:

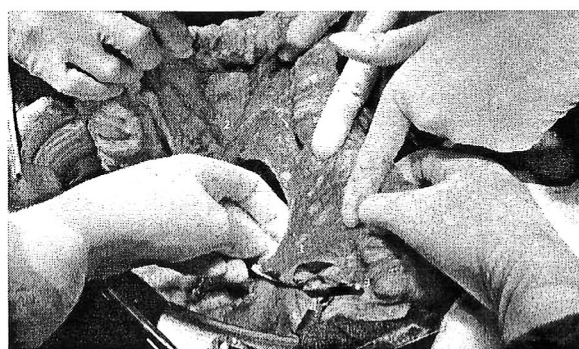
Xác định những mạch máu chính mạc treo tràng dưới, nhánh đại tràng trái, đại tràng giữa đại tràng phải và những nhánh nối của cung viền thông qua ánh sáng chiếu vào mạc treo

Cần kẹp kiểm tra bằng bulldog các mạch máu chính và mạch máu viền ở 2 đầu mảnh ghép, chỉ để lại nhánh đại tràng trái để kiểm tra nuôi dưỡng đại tràng có tốt không bằng cách quan sát màu sắc, nhu động, mạch đập mạch máu viền của mảnh ghép trước khi cắt.

Để tăng cường mạch máu nuôi cho mảnh ghép có 1 trường hợp ngoài mạch máu nuôi chính là nhánh đại tràng trái chúng tôi để lại nhánh trên cùng của đại tràng sigma.



Hình 4A: (*) Mạch máu đại tràng trái, bulldog kẹp mạch máu cung viền tại vị trí đại tràng sigma cần cắt



Hình 4B: 1. nhánh đại tràng phải, 2. nhánh đại tràng giữa, 3. Dùng bulldog kẹp mạch máu cung viền đầu đại tràng cần cắt

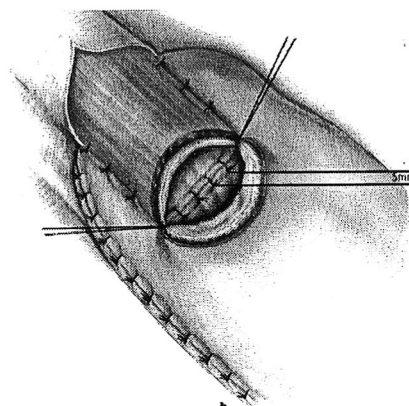
(Nguồn: Colon interposition for oesophageal replacement[6])

Nối cùng chiều nhu động

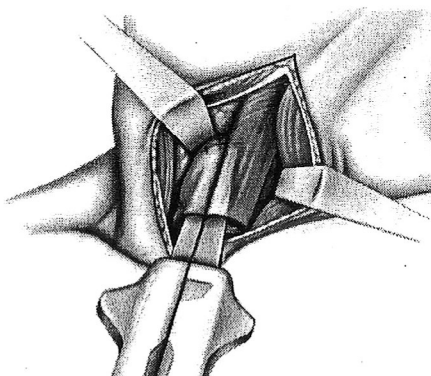
Dù thay thế thực quản bằng đại tràng bên trái hay phải cũng nên theo chiều nhu động. Ngược chiều nhu động có thể gây nên viêm dẫn tới rò miệng nối [5]. Trong cả 4 trường hợp chúng tôi đều áp dụng đại tràng lên theo kiểu này.

Cách thực hiện miệng nối cổ

Trước đây khi thực hiện miệng nối cổ trong những trường hợp cắt thực quản do ung thư, tạo hình bằng dạ dày chúng tôi thường áp dụng cách nối tận bên, tuy nhiên tỉ lệ tái hẹp sau mổ khá cao, khoảng từ năm 2012 chúng tôi chuyển sang cách nối bên bên với TLC 55, hoặc endo GIA 45, diện cắt còn lại. Chúng tôi thực hiện mũi khâu Gambee liên tục bằng chỉ PDS4-0, khâu một lớp. Ưu điểm của kiểu khâu này không làm hẹp miệng nối do chỉ khâu một lớp và lấy được cả lớp niêm mạc, bước đầu ghi nhận kết quả tốt hơn.



Hình 5: Nối thực quản và đại tràng theo kiểu tận bên



Hình 6: Nối thực quản và đại tràng theo kiểu bên bên

(Nguồn : Surgery of the esophagus textbook and atlas of surgical practice[1])

Kiểm tra soi định kỳ một tháng sau mổ để phát hiện hẹp miệng nối, động tác soi cũng đồng thời giúp nong sớm miệng nối.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật colon-bypass dùng đại tràng trái trong điều trị hẹp thực quản do hóa chất là khả thi, ít tai biến, biến chứng so với phẫu thuật cắt thực quản.

Những chú ý về mặt kỹ thuật như nhận biết giải phẫu và bảo tồn mạch máu đại tràng trái, cung viền trong lúc mổ, nối cùng chiều nhu động, bảo đảm miệng nối thực quản cổ đại tràng trái đủ máu nuôi, không bị căng sẽ giúp cuộc mổ thành công. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi bệnh nhân để đánh giá kết quả về mặt lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Izbicki J.R. (Ed.), (2009) *Surgery of the esophagus textbook and atlas of surgical practice*; 220.
- 2 Boukerrouche, A. (2014). Isoperistaltic left colic graft interposition via a retrosternal approach for esophageal reconstruction in patients with a caustic stricture: mortality, morbidity, and functional results. *Surg Today*, 44(5): 827-833.
- 3 Chang, A. C. (2010). Colon Interposition for Staged Esophageal Reconstruction. *Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 15(3): 231-242.
- 4 Davis, P. A., Law, S. & Wong, J. (2003). Colonic interposition after esophagectomy for cancer. *Arch Surg*, 138(3): 303-308.
- 5 Han, Y., Cheng, Q. S., Li, X. F. & Wang, X. P. (2004). Surgical management of esophageal strictures after caustic burns: a 30 years of experience. *World J Gastroenterol*, 10(19): 2846-2849.
- 6 Thomas, P. A., Gilardoni, A., Trousse, D., D'Journo, X. B., Avaro, J. P., Doddoli, C., et al. (2009). Colon interposition for oesophageal replacement. *Multimed Man Cardiothorac Surg*, 2009(603), mmcts 2007, 002956.
7. Bahnassy A. (1994). Esophagocoloplasty for Caustic Stricture of the Esophagus: Changing Concepts. *Med. J. Cairo Univ.*, Vol. 62, No.1 March (Suppl.): 155-163.
8. Ananthakrishnan N. et al (2012) Esophageal bypass using the midcolon: A modified technique for corrosive esophageal strictures. *World J Surg* 2012 February 28; 2(1): 1-4.
9. Sikorzki L. et al (2012) Resection or bypass in the treatment of corrosive oesophageal strictures? Malignant transformation as a late complication in both methods. *Eur Surg* (2012) 44:299-303.
10. Amid Javed et al. (2013) Total laparoscopic esophageal bypass using a colonic conduit for corrosive-induced esophageal stricture. *Surg Endosc* (2013) 27:3726-3732.