

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH CO THẮT TÂM VỊ: KINH NGHIỆM QUA 10 NĂM THEO DÕI TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Trường Sơn¹, Phạm Hiếu Tâm¹, Đỗ Mai Lâm¹, Phạm Đức Huấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của PTNS điều trị bệnh co thắt tâm vị, có hay không có kết hợp chống trào ngược.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả hồi cứu 120 BN co thắt tâm vị được mổ bằng PTNS tại khoa PTTH bệnh viện Việt Đức từ tháng 9/2003 đến tháng 6/2015. Xác định các tỷ lệ tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ và tử vong. Đánh giá kết quả xa sau mổ theo thang điểm lâm sàng của Eckardt.

Kết quả: 120 BN ban đầu dự kiến mổ nội soi đã có 7 BN phải chuyển sang mổ mở vì những khó khăn kỹ thuật. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 5,8%. Số còn lại là 113 BN sẽ được đưa vào phân tích, bao gồm 51 nam (45,1%) và 62 nữ (54,9%). Tuổi trung vị là 37 tuổi (15-75). Các thủ thuật chống trào ngược bao gồm Nissen 29 BN, Dor 48, Toupet 19 BN và có 17 BN không làm chống trào ngược. Tai biến và biến chứng: thủng niêm mạc TQ 5 BN, rách màng phổi trái 1 BN; viêm phúc mạc vào ngày thứ 6 sau mổ 1 BN, không có tử vong sau mổ. Thời gian mổ trung bình: 135,4±32,74 phút (60-230); ngày nằm viện TB: 5,9±1,49 ngày (3-13). Tỷ lệ theo dõi xa đạt 78%. Thời gian theo dõi trung bình là 56,0±41,16 tháng (1-145 tháng). Tình trạng nuốt nghẹn được cải thiện rõ rệt ở tất cả các phương pháp phẫu thuật, có hay không kết hợp làm chống trào ngược.

Kết luận: PTNS điều trị CTTV đảm bảo tính an toàn và hiệu quả cao.

Từ khóa: Thực quản, co thắt tâm vị, PTNS mở cơ thực quản

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC HELLER MYOTOMY FOR ACHALASIA: EXPERIENCES OF TEN YEARS AT VIET DUC HOSPITAL

Do Truong Son¹, Pham Hieu Tam¹, Do Mai Lam¹, Pham Duc Huan¹

Objective: To evaluate outcomes of laparoscopic myotomy for achalasia, with or without antireflux procedure.

Material and method: A retro-observational study of 120 patients suffered achalasia and underwent laparoscopic myotomy at Viet Duc hospital from Sept.2003 to Jun.2015. To define the perioperative morbidity and mortality rate. Assessing the longterm results using the clinical symptoms score of Eckardt.

Results: Among 120 patients intended at the beginning for laparoscopic surgery, there were 7 patients had to be converted to open surgery for technical problems. The conversion rate was 5,8%. Only 113 patients were remained for analysis, including: 51 males (45.1%) and 62 females (54.9%). Median age was 37 years old (range 15-75). Anti-reflux procedures consisted Nissen in 29 patients, Dor 48, Toupet 19 and 17

1. Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

- Ngày nhận bài (received): 28/10/2015; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Lê Mạnh Hà
- Người phản hồi (Corresponding author): Đỗ Trường Sơn
- Email: dotruongson28@gmail.com; ĐT:

other patients without antireflux added. Morbidity and mortality: esophageal mucosal perforation occurred in 5 patients, left pleural tear in 1 patient; acute peritonitis due to esophago-cardial mucosal leak occurred at the 6th postoperative day, without any perioperative mortality. Mean operative time: 135.4 ± 32.74 mn (60-230); mean of hospital stay: 5.9 ± 1.49 days (3-13).

The long-term follow-up encountered in 78%. The mean of follow-up time: 56.0 ± 41.16 months (1-123). Dysphagia was relieved in all patients, with or without added anti-reflux procedure.

Conclusion: Laparoscopic esophagocardiomy is a safe, highly effective and minimally invasive treatment. It should be considered as the first line for the treatment of achalasia.

Keywords: Esophagus, achalasia, laparoscopic esophageal myotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật điều trị bệnh co thắt tâm vị (achalasia) đã có những bước tiến vượt bậc kể từ khi Shimi và Pellegrini [1], [2] công bố lần đầu tiên ứng dụng thành công PTNS mở cơ thực quản tâm vị qua đường bụng hoặc qua đường ngực. Sau hơn 20 năm, ý kiến gần như thống nhất hoàn toàn với những ưu điểm rõ ràng về tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật cắt mở cơ thực quản (TQ) theo phương pháp Heller qua nội soi ngà bụng. Tuy nhiên, hiện vẫn còn đang tồn tại một số điểm tranh cãi xung quanh các vấn đề như có nên kết hợp thủ thuật chống trào ngược hay không [3] và nếu có thì nên chọn phương pháp chống trào ngược nào là phù hợp nhất.

Tại khoa PTTH bệnh viện Việt Đức, PTNS điều trị bệnh co thắt tâm vị (CTTV) đã được thực hiện từ tháng 9/2003. Qua hơn 10 năm theo dõi, chúng tôi muốn đánh giá lại các kết quả sớm và xa sau mổ của loại hình phẫu thuật này với mong muốn được góp phần giải đáp cho những câu hỏi vừa nêu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả BN không giới hạn tuổi, cả nam và nữ được chẩn đoán bị co thắt tâm vị dựa trên lâm sàng, Xquang và nội soi TQ-dạ dày và được mổ bằng PTNS mở cơ dọc mặt trước TQ - tâm vị ngoài niêm mạc (PT Heller), có hoặc không kèm theo thủ thuật chống trào ngược, tại khoa PTTH Bệnh viện Việt Đức từ tháng 9/2003 đến tháng 12/2013. Không đưa vào nghiên cứu những BN mổ theo phương pháp mở truyền thống.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Thu thập các thông tin về bệnh sử, phương pháp phẫu thuật, các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Theo dõi kết quả xa thông qua mời BN về khám trực tiếp hoặc qua điện thoại. Đánh giá kết quả xa sau mổ theo thang điểm lâm sàng của Eckardt [4]. Bệnh nhân được mời tự điền hoặc trả lời theo một bản mẫu câu hỏi được chuẩn bị trước bao gồm 4 nội dung: Sút cân, nuốt nghẹn, đau tức ngực và trào ngược. Tối đa 12 điểm là tổng của các điểm triệu chứng về nuốt nghẹn, đau ngực, trào ngược TQ-dạ dày (0= không có, 1= thỉnh thoảng, 2= hàng ngày, 3= mỗi khi ăn) và mức độ sụt cân: 0=không sụt cân, 1= <5kg, 2=5-10kg, 3= >10kg. Điểm đánh giá kết quả chung cuộc: Tốt= 0-1 điểm; khá= >1-3 và xấu= ≥ 4 điểm.

Phân tích thống kê: Xác định các tỷ lệ tai biến trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở, biến chứng sau mổ. Thời gian mổ và thời gian nằm viện được trình bày dưới dạng TB $\pm$ SD (Min-Max). Kết quả xa sau mổ được tính tại các thời điểm 1-5 năm sau mổ, tùy theo thời gian từ lúc mổ đến tháng 12/2013 (closing date) của từng BN. Sử dụng test chi² hoặc Fisher exact test đối với các tỷ lệ % và Student t-test hoặc ANOVA đối với các biến định lượng. Ngưỡng ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 9/2003 đến tháng 7/2015 đã có 170 BN co thắt tâm vị được mổ, trong đó mổ mở có 50 BN (29,4%), mổ nội soi có 120 BN (70,6%). Tỷ lệ mổ nội soi tăng dần theo các năm. Chỉ đưa vào phân tích trong nghiên cứu này 120 BN mổ nội soi, bao gồm

Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh co thắt tâm vị...

53 nam (44,2%) và 67 nữ (55,8%). Tuổi trung bình là $39,3 \pm 14,17$ tuổi (15-75). Trong số 120 BN ban đầu dự kiến mổ nội soi đã có 7 BN phải chuyển sang mổ mở vì những khó khăn kỹ thuật. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 5,8%. Số còn lại là 113 BN sẽ được đưa vào phân tích, bao gồm 51 nam (45,1%) và 62 nữ (54,9%). Tuổi trung vị là 37 tuổi (15-75).

Kết quả phẫu thuật

Tất cả 113 BN đều được mổ mở cơ thực quản theo phương pháp Heller, có hoặc không kèm theo phẫu thuật chống trào ngược, bao gồm: Nissen 29 BN (25,7%), Dor 48 BN (42,5%), Toupet 19 BN (16,8%) và có 17 BN (15,0%) chỉ làm phẫu thuật Heller đơn thuần mà không kết hợp thủ thuật chống trào ngược.

Tai biến trong mổ

Có 5 trường hợp (4,4%) thủng rách niêm mạc TQ khi phẫu tích cắt mở cơ mặt trước TQ. Tất cả

đều được khâu đóng lại bằng chỉ PDS 4.0 mũi rời hoặc khâu vắt ngay sau khi kết thúc thì mở cơ TQ.

Một trường hợp (0,9%) bị rách màng phổi trái phải dẫn lưu màng phổi trái. Thời gian phẫu thuật được trình bày trong bảng 3

Biến chứng sau mổ

Một biến chứng duy nhất được ghi nhận trong số 113 BN (0,9%) là viêm phúc mạc vào ngày thứ 6 sau mổ. Bệnh nhân này được mổ lại (mổ mở), thấy một lỗ thủng nhỏ ở mặt trước tâm vị. Đặt một sonde dẫn lưu plastic nhỏ qua lỗ thủng vào dạ dày, khâu kín quanh chân sonde và làm mở thông hồng tràng nuôi ăn. Sau 14 ngày rút sonde, hết rò, ra viện. Sau một tháng rút sonde mở thông hồng tràng, ăn đường miệng không nghẹn. Chụp kiểm tra lưu thông TQ-dạ dày không có rò. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ.

Thời gian mổ và thời gian nằm viện

Bảng 1: Thời gian mổ (phút)

Phương pháp mổ	n	TB $\pm$ SD	Min-Max	p
Heller+Nissen	29	155,7 $\pm$ 35,45	90-230	0,0001 (oneway ANOVA)
Heller+Dor	48	144,4 $\pm$ 17,37	120-200	
Heller+Toupet	19	124,7 $\pm$ 21,44	100-200	
Heller đơn thuần	17	67,1 $\pm$ 17,24	60-120	
Chung	113	135,4$\pm$32,74	60-230	

Nhận xét: PT Heller đơn thuần có thời gian mổ ngắn nhất so với các PT có kết hợp chống trào ngược ($p < 0,001$)

Bảng 2: Thời gian nằm viện (ngày)

Phương pháp mổ	n	TB $\pm$ SD	Min-Max	p
Heller+Nissen	29	6,2 $\pm$ 1,85	3-13	0,009 (oneway ANOVA)
Heller+Dor	48	5,9 $\pm$ 1,32	3-9	
Heller+Toupet	19	5,8 $\pm$ 1,20	4-9	
Heller đơn thuần	17	4,9 $\pm$ 1,21	3-9	
Chung	113	5,9$\pm$1,49	3-13	

Nhận xét: Thời gian nằm viện của PT Heller đơn thuần có thời gian nằm viện ngắn nhất so với các PT có kết hợp chống trào ngược ($p = 0,009$).

Kết quả xa sau mổ

Có 25 BN bị mất tin (22%) trong quá trình theo dõi sau mổ. Tỷ lệ BN có tin và theo dõi được là 78%. Thời gian theo dõi trung bình là $56,0 \pm 41,16$ tháng (1-145 tháng). Số BN có thời gian theo dõi từ 3 năm trở lên chiếm đa số (62%).

Bảng 3: Kết quả xa sau mổ theo thang điểm Eckardt [4]

Phẫu thuật	Trào ngược	Sút cân	Nghẹn	Đau ngực	Điểm Eckardt
Heller (n=12)	0,42±0,52	0,42±,52	0,33±0,49	0,08±0,29	1,25±0,62
H+Nissen (n=22)	0,05±0,21	0,23±0,43	0,23±0,43	0,09±0,29	0,55±0,74
H+Dor (n=40)	0,06±0,25	0,35±0,49	0,09±0,43	0,06±0,25	0,65±0,71
H+Toupet (n=13)	0,17±0,41	0,33±0,52	0,17±0,41	0,17±0,41	0,83±0,98
<i>P value</i>	<i>0,007</i>	<i>0,685</i>	<i>0,664</i>	<i>0,882</i>	<i>0,05</i>

Nhận xét: Tình trạng nuốt nghẹn được cải thiện rõ rệt ở tất cả các phương pháp phẫu thuật, có hay không kết hợp làm chống trào ngược. Riêng phẫu thuật Heller đơn thuần chỉ đạt tổng điểm Eckardt ở mức khá (<1 điểm đến 3 điểm) so với các phẫu thuật khác còn lại đều đạt điểm tốt (0-1 điểm). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,05$). Ngoài ra phẫu thuật Heller đơn thuần còn có tình trạng trào ngược nhiều hơn so với các PT khác có làm chống trào ngược ($p = 0.007$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả quan trọng nhất mà BN bị bệnh co thắt tâm vị mong muốn là hết triệu chứng nuốt nghẹn. Kết quả của chúng tôi cho thấy tất cả các kiểu phẫu thuật mổ bằng nội soi đều đạt kết quả này ở mức tốt (<1 điểm). Dù có hay không kết hợp với thủ thuật chống trào ngược. Tại bệnh viện Việt Đức nói chung và tại khoa PTTH nói riêng, từ hơn 5 năm trở lại đây, PTNS điều trị co thắt tâm vị đã trở thành lựa chọn hàng đầu của các phẫu thuật viên vì tính an toàn và hiệu quả của loại hình phẫu thuật ít xâm lấn này. Đây cũng là xu thế chung của các trung tâm phẫu thuật trên thế giới, không có gì phải tranh cãi. Tuy nhiên, thực tế cũng cho thấy việc lựa chọn phương pháp mổ (có hay không kết hợp chống trào ngược sau khi mở cơ thắt TQ) là tùy thuộc vào niềm tin chủ quan và thói quen của các phẫu thuật viên. Trên y văn cũng đã có một số nghiên cứu gộp (meta-analysis) để tìm câu trả lời cho việc nên hay không nên kết hợp thủ thuật chống trào ngược [5], tuy nhiên câu hỏi vẫn chưa có lời giải chắc chắn mà vẫn cần tiến hành các nghiên cứu

dạng thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên với nhóm chứng. Tiếc là tới nay vẫn chưa có công trình nào thuộc dạng này được công bố. Từ những kết quả thu được qua nghiên cứu này, chúng tôi thiên về ý kiến nên kết hợp mổ chống trào ngược, vì 2 lý do: (1) số BN xuất hiện trào ngược dạ dày-TQ cao hơn rõ rệt ở BN không làm chống trào ngược so với các PT có làm chống trào ngược ($p=0,007$); (2) thời gian theo dõi của chúng tôi đủ dài để thấy được các hệ quả của việc có hay không làm chống trào ngược (62% số BN mổ được theo dõi ít nhất từ 3 năm trở lên, trong đó 30% theo dõi trên 5 năm).

Hai phương pháp được chúng tôi lựa chọn nhiều nhất là PT Heller kết hợp với chống trào ngược theo kiểu Nissen (25,7%) hay Dor (42,5%). Chúng tôi cho rằng thủ thuật Dor có nhiều ưu điểm hơn vì không phải giải phóng rộng các mạch gần dạ dày vùng tâm phình vị và không phá hủy các cấu trúc cổ định TQ quanh lỗ hoành do đó thời gian mổ cũng ngắn hơn so với làm thủ thuật Nissen ($p=0,01$). Nhiều tác giả cũng đồng tình với việc chọn thủ thuật Dor làm chống trào ngược [6],[7]. Tuy nhiên, nghiên cứu này không chia nhóm ngẫu nhiên vì thế cũng chưa thể khẳng định được điều này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi có thể được coi là một phương pháp ít xâm lấn trong điều trị bệnh co thắt tâm vị với tính an toàn và hiệu quả cao. Cần có nghiên cứu dạng thử nghiệm lâm sàng chia nhóm ngẫu nhiên để trả lời câu hỏi chọn loại chống trào ngược kết hợp nào cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shimi S, Nathanson LK, Cushieri A; Laparoscopic cardiomyotomy for achalasia. *JR Coll Surg Edinburgh* 1991; 36: 152–154.
2. Pellegrini C, Wetter LA, Patti M et al: Thoracoscopic esophago-myotomy. Initial experience with a new approach for the treatment of achalasia. *Ann Surg* 1992;216:291–296.
3. Gennaro Clemente. Fundoplication After Myotomy for Achalasia. To Do or Not to Do? *Ann Surg*, 2005, 241(6): 1029-1030.
4. Eckardt VF, Aignherr C, Bernhard G. Predictors of outcome in patients with achalasia treated by pneumatic dilation. *Gastroenterology* 1992;103:1732-8.
5. Lyass S, Thoman D, Steiner J.P, Phillips E. Current status of an antireflux procedure in laparoscopic Heller myotomy. *Surg Endosc*, 2003, 17: 554–558.
6. Marco G. Patti, Craig T. Albanese, George W. Holcomb III, Daniela Molena, Piero M. Fisichella, Silvana Perretta, and Lawrence W. Way. Laparoscopic Heller Myotomy and Dor Fundoplication for Esophageal Achalasia in Children. *Journal of Pediatric Surgery*, 2001, 36(8) : 1248-1251.
7. Donahue Philip E., Horgan Santiago , Katherine J-M. Liu, and Madura James A. Floppy Dor fundoplication after esophagocardiomyotomy for achalasia. *Surgery* 2002;132:716-23.