

LỢI ÍCH CỦA SIÊU ÂM NỘI SOI TRƯỚC NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG MẬT TỤY

Nguyễn Văn Duy¹, Nguyễn Thanh Xuân², Trần Như Nguyễn Phương¹, Lê Phước Anh¹, Phạm Như Hiền²

¹Khoa Nội soi, Bệnh viện Trung ương Huế

²Khoa Ngoại Nhi - Cấp cứu Bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh trên siêu âm nội soi bệnh lý tắc nghẽn đường mật tụy và đánh giá lợi ích của EUS trước khi thực hiện ERCP.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 86 bệnh nhân nghi ngờ bệnh lý tắc nghẽn đường mật tụy có chỉ định ERCP được làm siêu âm nội soi trước khi thực hiện ERCP tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2022 - 2/2023.

Kết quả: Nghiên cứu trên 86 BN, nam (45,3%) và nữ (54,7%), đa số độ tuổi > 60 chiếm 62,8%. Ghi nhận trên EUS: bệnh lý mật tụy chiếm đa số là sỏi OMC chiếm 48,8%, EUS quan sát toàn bộ OMC chiếm 97,7%, đa số hình dạng hẹp đoạn cuối OMC do khối u chèn ép là dạng cắt cụt chiếm 48%, kích thước sỏi OMC > 10mm chiếm 40,5%, sỏi ống tụy đầu chiếm 80%, sỏi tụy di động 80%, kích thước sỏi tụy > 5mm chiếm 40%, đa số khối u ở giai đoạn T3 chiếm 56%. Kết quả điều trị: Có 26,7% BN sau khi làm EUS không chỉ định ERCP, đặt stent dẫn lưu mật chiếm 36%. Mức độ phức tạp của ERCP: mức độ 2 chiếm 53,9%, mức độ 3 chiếm 31,7%, mức độ 4 chiếm 1,6%. Tỷ lệ thành công chung của ERCP chiếm 93,7%.

Kết luận: Thực hiện EUS chẩn đoán trước ERCP là hết sức quan trọng nhằm phân loại bệnh cho ERCP, tránh biến chứng của ERCP. Lợi ích của EUS trước ERCP là giúp bác sĩ nội soi tự tin, tiên lượng tình huống phức tạp, cũng như chuẩn bị các phương tiện để có thái độ điều trị thích hợp, đem lại kết quả thành công cho bệnh nhân.

Từ khóa: Siêu âm nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng.

ABSTRACT

BENEFITS OF EUS BEFORE ERCP IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PANCREATIC BILIARY OBSTRUCTION

Nguyen Van Duy¹, Nguyen Thanh Xuan², Tran Nhu Nguyen Phuong¹, Le Phuoc Anh¹, Pham Nhu Hien²

Objectives: To describe the imaging characteristics of endoscopic ultrasound on patients with pancreatic biliary obstruction and assess the benefits of EUS before performing ERCP.

Methods: This is a cross sectional study on 86 patients diagnosed with suspected pancreatic biliary obstruction and had ERCP indications, who underwent prior

Ngày nhận bài:

25/5/2023

Ngày chỉnh sửa:

26/6/2023

Chấp thuận đăng:

30/6/2023

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thanh Xuân

Email:

thanhxuanbv@hotmail.com

SĐT: 0945313999

Lợi ích của siêu âm nội soi trước nội soi mật tụy ngược dòng...

endoscopic ultrasound at Hue Central Hospital from February 2022 to February 2023.

Results: Study on 86 patients, male (45.3%) and female (54.7%), age group > 60 accounted for most of the patients at 62.8%. Recorded on EUS: the majority of pancreatic biliary obstruction are due to CBD stones, accounting for 48.8%. Observing the entire CBD by EUS was done on 97.7% of the cases. Most of the images of distal CBD stricture due to tumor compression are truncated form, accounting for 48% of the cases. Most of the CBD stones, 40.5%, are larger than 10mm. Head pancreatic duct stones accounted for 80% of cases, mobile pancreatic stones accounted for 80%, the pancreatic stone size > 5mm accounts for 40%. The majority of tumors at T3 stage accounted for 56% of the cases. Treatment results: After EUS, 26.7% of patients did not need ERCP. Bile duct stents were placed on 36% of the cases post EUS. ERCP complexity level 2 accounted for 53.9%, level 3 accounted for 31.7% and level 4 accounted for 1.6% of the cases. The overall success rate of ERCP was 93.7%.

Conclusion: Performing EUS before ERCP is very important to clarify the causes for ERCP and avoid complications of ERCP. The benefits of EUS before ERCP are to improve the endoscopists' confidence, predict complex situations so they can have appropriate treatment attitudes and help them prepare necessary accessories to do ERCP that lead to successful patients' outcomes.

Key words: Endoscopic ultrasound, Endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

EUS với vị trí đầu dò ở trong dạ dày - tá tràng gần với tụy và đường mật ngoài gan cho phép thu được hình ảnh với độ phân giải cao và giải phẫu chi tiết tại chỗ mà các kỹ thuật hình ảnh khác khó phát hiện được. Siêu âm nội soi là phương tiện có độ nhạy cao để phát hiện các thương tổn liên quan đến vàng da tắc mật. Siêu âm nội soi có vai trò trong chẩn đoán nguyên nhân vàng da tắc mật khá chính xác. Sự chính xác của siêu âm nội soi cho hầu hết nguyên nhân vàng da tắc mật là 95,9% [1, 2].

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) vẫn là tiêu chuẩn vàng để đánh giá đường mật tụy. Kỹ thuật này chỉ định cho cả chẩn đoán và điều trị các bệnh lý đường mật tụy. ERCP ngày càng được ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị nhiều bệnh lý mật tụy như sỏi OMC, sỏi ống tụy chính, những thương tổn lành tính hoặc ác tính gây chít hẹp đường mật và đường tụy [3]. Ngày nay có nhiều tình huống lâm sàng có chỉ định thực hiện cả EUS và ERCP, hai kỹ thuật này thường được yêu cầu cùng một lúc cho cùng một bệnh nhân. EUS và ERCP thực sự bổ sung cho nhau với khả năng tuyệt vời để hỗ trợ lẫn nhau [4, 5].

EUS là một phương pháp chẩn đoán khá chính xác sỏi ống mật chủ, có thể sử dụng để chỉ định ERCP phù hợp, nhằm tránh được nguy cơ những

biến chứng liên quan đến chỉ định ERCP cho mục đích chẩn đoán [4, 6, 7]. Thực hiện EUS trước ERCP là rất hữu ích trong các bệnh nhân nghi ngờ tắc nghẽn đường mật - tụy mà EUS có thể phân loại bệnh cho ERCP [8].

Xuất phát từ sự cần thiết của siêu âm nội soi trước khi thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu Mô tả đặc điểm hình ảnh trên siêu âm nội soi bệnh lý tắc nghẽn đường mật tụy và đánh giá lợi ích của EUS trước khi thực hiện ERCP

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang 86 bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý tắc nghẽn đường mật tụy có chỉ định ERCP tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2022 - 2/2023

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý tắc nghẽn đường mật tụy có chỉ định ERCP theo hướng dẫn của hiệp hội nội soi Mỹ (ASGE) [9] gồm: Bệnh nhân vàng da nghi ngờ có tắc nghẽn đường mật. Đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng gợi ý bệnh lý ác tính của tụy. Cấu cơ vòng Oddi: lấy sỏi OMC, rối loạn cơ vòng Oddi. Đặt stent: chít hẹp đường mật và đường tụy, dò mật sau phẫu thuật. Nong hẹp đường mật. Được làm EUS

Lợi ích của siêu âm nội soi trước nội soi mật tụy ngược dòng...

Tiêu chuẩn loại trừ: Ống siêu âm nội soi không khảo sát được vùng mật tụy. BN từ chối tham gia nghiên cứu.

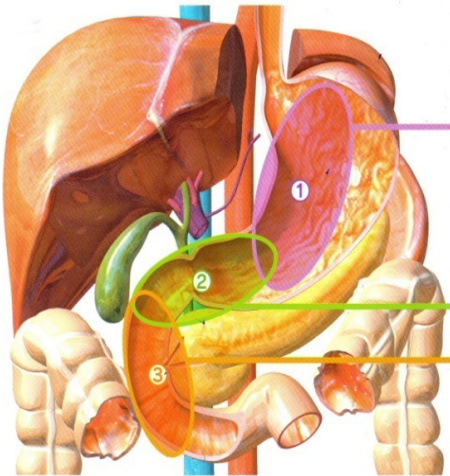
Kỹ thuật siêu âm:

Máy siêu âm nội soi Fujinon SU-8000, đầu dò Radial - EG530UR2, tần số từ 7.5MHz - 12MHz của Nhật Bản

Có 2 phương pháp siêu âm nội soi: Phương pháp kéo (pull method) và phương pháp đẩy (push method).

Phương pháp kéo: Đưa ống soi đến đoạn cuối DII tá tràng tương tự như thủ thuật ERCP. Bơm đầy nước hoặc dùng kèm 1 quả bóng bơm đầy nước ở đầu dụng cụ EUS có thể giúp quan sát tốt hơn. Thực hiện quét khi rút chậm ống soi từ DII tá tràng.

Phương pháp đẩy: Áp dụng khi OMC khó quan sát với phương pháp kéo. Kéo ống soi trở lại hang vị, sau đó đẩy lại vào hành tá tràng.



Hình 1: Các vị trí khảo sát vùng mật tụy.

Các dụng cụ can thiệp nhỏ (ERCP) cần thiết trong chẩn đoán và điều trị (thuốc cản quang, guidewire, dao cung, dao kim, bóng nong đường mật, balloon kéo sỏi, rọ kéo sỏi, stent kim loại - stent nhựa với nhiều kích cỡ khác nhau...).

EUS gây mê tĩnh mạch, ERCP gây mê nội khí quản.

Bệnh nhân được làm EUS trước để đánh giá hình ảnh hệ thống đường mật - tụy, tìm nguyên nhân gây tắc nghẽn mật - tụy, từ đó đưa đến thái độ của ERCP trong chẩn đoán và điều trị.

Đánh giá các hình ảnh trên EUS: Hệ thống đường mật: trong-ngoài gan giãn hay không, vị trí tắc nghẽn... Hệ thống đường tụy: ống tụy đoạn đầu - thân - đuôi, đánh giá đường bờ đều hay không

đều... Sỏi đường mật - tụy: vị trí, kích thước, số lượng sỏi... Khối u vùng tá tụy: vị trí, kích thước, khả năng xâm lấn...

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính và xử lý bằng phần mềm SPSS20.0

III. KẾT QUẢ

Gồm 86 bệnh nhân nghi ngờ có bệnh lý tắc nghẽn đường mật tụy được làm EUS trước khi thực hiện ERCP.

Bảng 1: Tỷ lệ phân bố theo tuổi và giới

BN (tuổi)	N		%
	Nam	Nữ	
< 30	2	1	3,5%
30 - 60	12	17	33,7%
> 60	25	29	62,8%
Tổng	39(45,3%)	47(54,7%)	100%
	86		

Nam/ Nữ = 0,8, độ tuổi thường gặp > 60 tuổi (62,8%).

Bảng 2: Bệnh lý mật tụy ghi nhận trên EUS

BN	N	Tỷ lệ chung (%)	Không chỉ định ERCP
Sỏi OMC	42	48,8%	
Sỏi ống tụy chính	5	5,8%	
Viêm chít Oddi	6	7,0%	
U đầu tụy	12	13,9%	6
U đường mật	5	5,8%	3
U bóng Vater	8	9,3%	6
EUS bình thường	8	9,3%	8
Tổng	86	100%	23(26,7%)

Bệnh lý chủ yếu là sỏi OMC (48,8%). Có 23/86 (26,7%) bệnh nhân sau khi làm EUS không chỉ định ERCP sau đó.

Bảng 3: EUS quan sát đường đi ống mật chủ (n = 86)

EUS	N	%
Quan sát toàn bộ	84	97,7%
Quan sát không toàn bộ	2	2,3%

Khả năng quan sát của EUS toàn bộ OMC chiếm 97,7%, 2 trường hợp không khảo sát được do khối u chèn ép làm lệch trục.

Lợi ích của siêu âm nội soi trước nội soi mật tụy ngược dòng...

Bảng 4: EUS đánh giá đường kính OMC (n = 86)

Đường kính OMC	n	%
Giãn lớn > 16mm	14	16,3%
Giãn vừa > 12 - 16mm	15	17,4%
Giãn nhẹ < 8 - 12mm	45	52,3%
Không giãn < 8mm	12	13,9%

Đa số bệnh nhân có OMC giãn nhẹ chiếm 52,3%.

Bảng 5: Đặc điểm hẹp đoạn cuối OMC trên EUS của khối u chèn ép (n = 25)

Đặc điểm	n	%
Hẹp dạng cắt cụt	12	48%
Hẹp dạng đuôi chuột	9	36%
Hẹp dính đặc	2	8%
Không đánh giá được toàn bộ	2	8%

Đa số các khối u gây chèn ép đoạn cuối OMC ở dạng thuôn hẹp dần chiếm 56%

Bảng 6: Đặc điểm sỏi OMC trên siêu âm nội soi (n = 42)

Đặc điểm	n	%
Số lượng > 2 viên	13	30,9%
Kích thước > 10mm	17	40,5%
Sỏi kẹt	5	11,9%

Sỏi kẹt đoạn cuối OMC chiếm 11,9%

Bảng 7: Đặc điểm sỏi ống tụy trên EUS (n = 5)

Đặc điểm	n	%
Kích thước sỏi > 5mm	2	40%
Sỏi tụy di động	4	80%
Sỏi ống tụy đầu	4	80%

Đa số là sỏi đầu tụy chiếm 80%, sỏi tụy kích thước lớn chiếm 40%

Bảng 8: Đánh giá giai đoạn T các khối u ác tính trên EUS và hướng điều trị

BN (25)	Giai đoạn T			Hướng điều trị		
	T2	T3	T4	Stent dẫn lưu	Stent thất bại → PT	Ngoại khoa
U đầu tụy (12)	2/12	6/12	4/12	5/12	1/12	6/12
U Bóng Vater (8)	3/8	5/8	0/8	2/8		6/8
U đường mật (5)	2/5	3/5	0/5	2/5		3/5
Tổng	7/25 (28%)	14/25 (56%)	4/15 (6,7%)	9/25 (36%)	1/25 (4%)	15/25 (60%)

Đa số khối u ở giai đoạn T3 chiếm 56%, đặt stent dẫn lưu mật chiếm 36%

Bảng 9: Đánh giá mức độ phức tạp của ERCP (n = 63)

Mức độ khó	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Lấy sỏi tụy	0	3	1
Lấy sỏi OMC	25	17	0
Đặt stent dẫn lưu mật	9	0	0
Tổng	34/63 (53,9%)	20/63 (31,7%)	1,6%

Mức độ phức tạp của ERCP mức độ 2 chiếm 53,9%, mức độ 3 chiếm 31,7%, mức độ 4 chiếm 1,6%

Bảng 10: Tỷ lệ thành công ERCP

Bệnh lý	n	%
Sỏi OMC (n = 42)	42	100%
Viêm chít Oddi (n = 6)	5	83,3%
Sỏi tụy (n = 5)	4	80%
Stent dẫn lưu mật/ khối u chèn ép (n = 10)	9	90%
Tổng (n = 63)	60	95,2%

Tỷ lệ thành công chung của ERCP chiếm 95,2%, 3 trường hợp thất bại được chuyển sang điều trị ngoại khoa

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi tuổi thường gặp > 60t chiếm 62,8%, nguy cơ sỏi mật tăng theo tuổi, các khối u ác tính đường mật tụy thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, nữ gặp nhiều hơn nam tương tự với các nghiên cứu khác [8], tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4.2. Tần suất bệnh lý mật tụy chẩn đoán qua EUS trước khi làm ERCP.

Bệnh lý chủ yếu là sỏi OMC chiếm 48,8%. Trong đó chúng tôi ghi nhận có những bệnh nhân sỏi OMC không phát hiện được trên siêu âm bụng hoặc CT Scan nhất là sỏi kẹt đoạn cuối OMC, sỏi nhỏ hoặc sỏi bùn. Ngay cả khi được xác nhận trên CT, US hoặc MRI, sỏi OMC đôi khi di chuyển từ OMC vào tá tràng tại thời điểm ERCP. Chúng ta có thể tránh các biến chứng do ERCP không cần thiết gây ra bằng cách xác nhận sự hiện diện hoặc vắng mặt của sỏi OMC trước ERCP bằng EUS [9]. Theo Chen C-H độ chính xác của EUS cho hầu hết nguyên nhân vàng da tắc nghẽn là 95,9% [1].

Theo Zaheer và cs sỏi OMC chiếm 36%, ung thư tụy, mật và bóng Vater chiếm 22%, EUS bình thường(19%), rối loạn cơ vòng Oddi 1,9% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 bệnh nhân làm EUS bình thường (9,3%) gồm: 4 bệnh nhân chẩn đoán sỏi OMC trên siêu âm bụng nhưng khi chúng tôi thực hiện EUS thì không thấy thấy sỏi, 3 bệnh nhân nghi ngờ viêm đường mật do sỏi, 1 bệnh nhân tăng bilirubine máu, các bệnh nhân này chúng tôi không chỉ định ERCP sau đó. Có 15 bệnh nhân thương tổn ác tính trên bệnh nhân có thể trạng tốt

có thể phẫu thuật cắt khối tá tụy hoặc nối mật ruột, được hội chẩn trực tiếp với bác sĩ ngoại khoa không chỉ định ERCP gồm: 6 bệnh nhân u đầu tụy giai đoạn T2, T3; 3 bệnh nhân u đoạn cuối OMC giai đoạn T2; 6 bệnh nhân u bóng Vater giai đoạn T2,T3.

Như vậy 23 bệnh nhân trên chiếm 26,7% nhờ có chỉ định làm EUS trước, nên không cần phải thực hiện ERCP cho mục đích chẩn đoán và điều trị tiếp theo.

Theo nghiên cứu của Zaheer thực hiện EUS trước khi làm ERCP có thể tránh được những bệnh nhân ERCP không cần thiết 36%. Khi EUS cho biết OMC bình thường, điều này có 100% giá trị tiên đoán không cần thiết phải làm ERCP trong thời gian theo dõi 12 tháng [8].

Theo nhóm nghiên cứu Eka Surya Nugraha và cs EUS với đầu dò Radial có vai trò trong chẩn đoán nguyên nhân vàng da tắc nghẽn khá chính xác. Sự chính xác của EUS là tốt hơn so với CT scan hoặc MRI cho hầu hết nguyên nhân vàng da tắc nghẽn (95,9%, 50%, 64,4% theo thứ tự [1, 2].

Như vậy việc thực hiện thực EUS trước khi làm ERCP là rất quan trọng, vì có thể hạn chế những chỉ định ERCP không cần thiết, do đó tránh những biến chứng của ERCP và việc thực hiện ERCP chỉ nhằm mục đích điều trị.

4.3. Đặc điểm hình ảnh trên siêu âm nội soi

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy quan sát đường đi của OMC với quan sát toàn bộ OMC chiếm 97,7%. Điều này cho thấy vai trò của EUS trong khảo sát đoạn cuối OMC mà các kỹ thuật hình ảnh khác khó xác định được bởi vì đầu dò của EUS trong dạ dày - tá tràng gần với tụy và đường mật ngoài gan. Việc khảo sát được toàn bộ OMC giúp chẩn đoán trong ERCP được chính xác, tránh bỏ sót thương tổn, đồng thời có thể định hướng trước thương tổn u trong OMC cần sinh thiết. Theo Chen C-H độ chính xác của siêu âm trong việc chứng minh mức độ tắc nghẽn và căn nguyên tắc nghẽn đường mật lần lượt là 27 - 60% và 23 - 38% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp không khảo sát được do khối u chèn ép làm lệch trục OMC chiếm 2,3%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi EUS đánh giá đường kính OMC giãn nhẹ chiếm đa số là 52,3%, điều là phù hợp với nguyên nhân chủ yếu gây tắc nghẽn đường mật tụy là sỏi OMC. Đường kính

Lợi ích của siêu âm nội soi trước nội soi mật tụy ngược dòng...

OMC giãn lớn > 16mm chiếm 16,3%, giãn vừa > 12 - 16mm chiếm 17,4% thường gặp trong các khối u ác tính vùng đầu tụy- ống mật chủ gây chèn ép OMC. Theo Chen C-H khuyến cáo rằng OMC giãn > 12 mm nên nhắc nhở về nguy cơ mắc bệnh ác tính cao và sự cần thiết phải áp dụng EUS trước hoặc thậm chí sau khi làm MRI âm tính ở bệnh nhân nghi ngờ bệnh lý vàng da tắc nghẽn bởi vì độ chính xác của EUS cao (97,6%), EUS có thể bổ sung một chẩn đoán MRI bị bỏ sót về bệnh lý ác tính vùng mật tụy [10]. Việc khảo sát kích thước OMC giúp lựa chọn dụng cụ can thiệp trong ERCP như kích thước bóng nong đường mật, dụng cụ kéo sỏi, loại stent thẳng hoặc đuôi heo cần đặt.

Đặc điểm hẹp đoạn cuối OMC do khối u chèn ép dạng cắt cụt chiếm đa số là 48% thường gặp trong u bóng Vater và u OMC và hẹp dạng đuôi chuột thường gặp trong u đầu tụy chèn ép chiếm 36%, hẹp dạng dích dắc chiếm 8%, không đánh giá được toàn bộ chiếm 8%. Đánh giá hình ảnh hẹp đoạn cuối OMC trên EUS giúp tiên lượng khả năng thông dây dẫn vào OMC. Đối với hẹp dạng cắt cụt cần dùng loại dây dẫn cứng kích thước lớn hơn và đối với dạng đuôi chuột dùng dây dẫn mềm, nhỏ hơn, với hẹp dạng dích dắc dùng dây dẫn đầu cong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số lượng sỏi > 2 viên chiếm 30,9%, sỏi kích thước > 10mm chiếm 40,5%, sỏi kẹt chiếm 11,7%. Đây là những yếu tố để tiên lượng khả năng thành công và mức độ khó của ERCP. Do đó việc làm EUS trước giúp cho chúng tôi tiên lượng được khả năng thực hiện ERCP và chuẩn bị trước những tình huống có thể xảy ra trong quá trình làm ERCP. Theo Jarosław thì EUS có độ nhạy là 94% và độ đặc hiệu là 95% trong đánh giá kích thước sỏi [11]. Theo Chen C-H độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác đối với sỏi ống mật chủ theo thứ tự là (92,9%, 97,9% và 92,9%) [1]. Theo Zaheer độ chính xác của siêu âm nội soi đối với sỏi ống mật chủ là 99% [8]. Việc xác định kích thước, vị trí sỏi, số lượng sỏi giúp tiên lượng mức độ phức tạp của ERCP, chuẩn bị dụng cụ can thiệp như rọ tán sỏi đối với sỏi lớn, phương pháp thông như hỗ trợ cắt trước đối với sỏi kẹt.

Đối với sỏi ống tụy trên EUS chúng tôi ghi nhận kích thước sỏi > 5mm chiếm 40% đây là một yếu tố tiên lượng lấy sỏi tụy khó. Sỏi tụy di động chiếm 80%, đây cũng là yếu tố tiên lượng lấy sỏi tụy, nếu

sỏi di động thì khả năng lấy sỏi dễ hơn. Sỏi ống tụy đầu chiếm 80% cũng là yếu tố giúp tiên lượng lấy sỏi vì những viên sỏi ở ống tụy thân hoặc đuôi tụy thường khó lấy do cần phải đưa dụng cụ lên cao nên có nguy cơ cao tổn thương ống tụy vì càng lên cao ống tụy càng nhỏ. Việc xác định vị trí, kích thước, khả năng di động của sỏi giúp tiên lượng mức độ phức tạp của ERCP.

Chúng tôi đánh giá giai đoạn T theo AJCC 7th [12], chúng tôi chỉ sử dụng đầu dò Radial vì không có đầu dò Linear nên không sinh thiết được thương tổn, do đó việc chẩn đoán các khối u chủ yếu dựa trên các hình ảnh khá rõ của EUS như: giới hạn, kích thước, khả năng xâm lấn chèn ép, di căn hạch. Đồng thời chúng tôi cũng kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng khác như: CTM, bilirubine máu, các marker ung thư đường tiêu hóa, các chẩn đoán hình ảnh khác như siêu âm bụng, CT Scan, MRI để củng cố chẩn đoán. Một số bệnh nhân khó phân biệt, cần đánh giá tiếp kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật lấy mẫu làm giải phẫu bệnh.

Tuy nhiên mục đích của chúng tôi là đánh giá khả năng, mức độ chèn ép đường mật tụy để tiên lượng thông như dễ hay khó cho việc đặt stent dẫn lưu đường mật tụy, hướng điều trị dẫn lưu mật tạm thời hoặc vĩnh viễn hoặc phẫu thuật.

Theo nghiên cứu chúng tôi có 9/25 (36%) bệnh nhân có thương tổn gây hẹp đường mật ác tính được thực hiện ERCP dẫn lưu mật gồm: 6 bệnh nhân không thể phẫu thuật và 3 bệnh nhân được dẫn lưu mật trước khi được phẫu thuật. Có 1/25 (4%) bệnh nhân đặt stent dẫn lưu mật qua ERCP thất bại do u đầu tụy chèn ép OMC đã được dẫn lưu mật qua da dưới hướng dẫn siêu âm bụng. Có 15/25 (60%) bệnh nhân đã không thực hiện ERCP khi hội chẩn với bác sĩ ngoại khoa gồm: 6 bệnh nhân u đầu tụy giai đoạn T2, T3; 3 bệnh nhân u đoạn cuối OMC giai đoạn T2, T3; 6 bệnh nhân u bóng Vater giai đoạn T2, T3.

Theo Zaheer và cs bệnh nhân có thương tổn gây hẹp đường mật ác tính được làm ERCP dẫn lưu mật 80%, 20% còn lại được tư vấn trực tiếp của bác sĩ ngoại khoa không thực hiện ERCP [8].

4.4. Đánh giá kết quả của ERCP

Theo phân loại về mức độ phức tạp của ERCP của Cotton thì có 4 mức độ [4]. Nghiên cứu của chúng tôi mức độ phức tạp của ERCP mức độ 2

Lợi ích của siêu âm nội soi trước nội soi mật tụy ngược dòng...

chiếm 53,9%, mức độ 3 chiếm 31,7%, mức độ 4 chiếm 1,6%. Điều đó cho thấy việc làm EUS trước giúp chúng tôi tiên lượng được mức độ phức tạp của ERCP, từ đó giúp chúng tôi thực hiện thành công trên những ca ERCP khó.

Tỷ lệ thành công chung của ERCP chiếm 95,2%, 3 trường hợp thất bại được chuyển sang điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên chúng tôi cũng ghi nhận được những trường hợp ERCP khó khi chúng tôi được làm EUS trước giúp chúng tôi tiên lượng trước được, từ đó giúp chúng tôi thành công.

Theo Guru Trikudanathan tỷ lệ thành công ERCP là 85 - 95% [13]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thành công tương tự như Guru Trikudanathan. Theo nghiên cứu của Jeung Ho Heo tỷ lệ thành công là 97 - 98% [14] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Thực hiện EUS chẩn đoán trước ERCP là hết sức quan trọng nhằm phân loại bệnh cho ERCP, tránh biến chứng của ERCP. Lợi ích của EUS trước ERCP là giúp bác sĩ nội soi tự tin, tiên lượng tình huống phức tạp, cũng như chuẩn bị các phương tiện để có thái độ điều trị thích hợp, đem lại kết quả thành công cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen C-H, Yang C-C, Yeh Y-H, Yang T, Chung T-C. Endosonography for suspected obstructive jaundice with no definite pathology on ultrasonography. Journal of the Formosan Medical Association. 2015; 114(9): 820-828.
2. Girawan D, Agustanti N, Muhammad Y, Nugraha E, Bestari B. Role of Radial Endoscopic - ultrasound (EUS) to Establish Diagnosis of Undetermined Causes of Obstructive Jaundice: A Case Series. The Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Digestive Endoscopy. 2020; 20.
3. Yandrapu H, Elhanafi S, Chowdhury F, Liu J, Onate EJ, Dwivedi A, et al. Impact of introduction of endoscopic ultrasound on volume, success, and complexity of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in a tertiary referral center. Endosc Ultrasound. 2017; 6(4): 252-256.
4. Moutinho - Ribeiro P, Peixoto A, Macedo G. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and Endoscopic Ultrasound: To Be One Traveler in Converging Roads. GE Port J Gastroenterol. 2018; 25(3): 138-145.
5. Hollerbach S. EUS and ERCP: brothers in arms. Gastrointestinal Endoscopy. 2008; 68(3): 467-469.
6. Kim J. Training in Endoscopy: Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. Clin Endosc. 2017; 50(4): 334-339.
7. Frenz MB, Wehrmann T. EUS and ERCP combined: together we are strong? Gastrointest Endosc. 2006; 63(3): 484-5.
8. Zaheer A, Anwar MM, Donohoe C, O'Keeffe S, Mushtaq H, Kelleher B, et al. The diagnostic accuracy of endoscopic ultrasound in suspected biliary obstruction and its impact on endoscopic retrograde cholangiopancreatography burden in real clinical practice: a consecutive analysis. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2013; 25(7): 850-7.
9. Hamoudi W, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) Textbook of Hepatogastroenterology, Part II: Gastroenterology. 2017. p. 157-178.
10. Fung BM, Pitea TC, Tabibian JH. Difficult Biliary Cannulation in Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: An Overview of Advanced Techniques. Eur Med J Hepatol. 2021; 9(1): 73-82.
11. Leszczyszyn J. Choledocholithiasis diagnostics - endoscopic ultrasound or endoscopic retrograde cholangiopancreatography? J Ultrason. 2014; 14(57): 125-9.
12. D I, Fleming M.D. AJCC Cancer Staging Manual. Seventh Edition ed. 2010.
13. Trikudanathan G, Navaneethan U, Parsi MA. Endoscopic management of difficult common bile duct stones. World J Gastroenterol. 2013; 19(2): 165-73.
14. Heo JH, Kang DH, Jung HJ, Kwon DS, An JK, Kim BS, et al. Endoscopic sphincterotomy plus large - balloon dilation versus endoscopic sphincterotomy for removal of bile-duct stones. Gastrointest Endosc. 2007; 66(4): 720-6; quiz 768, 771.