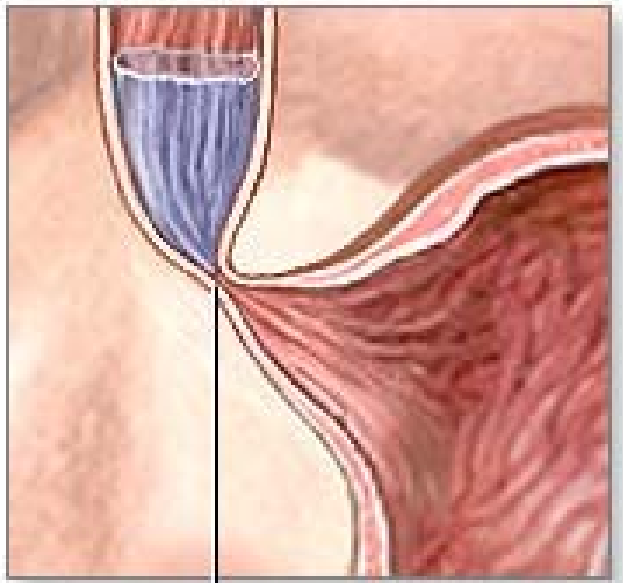
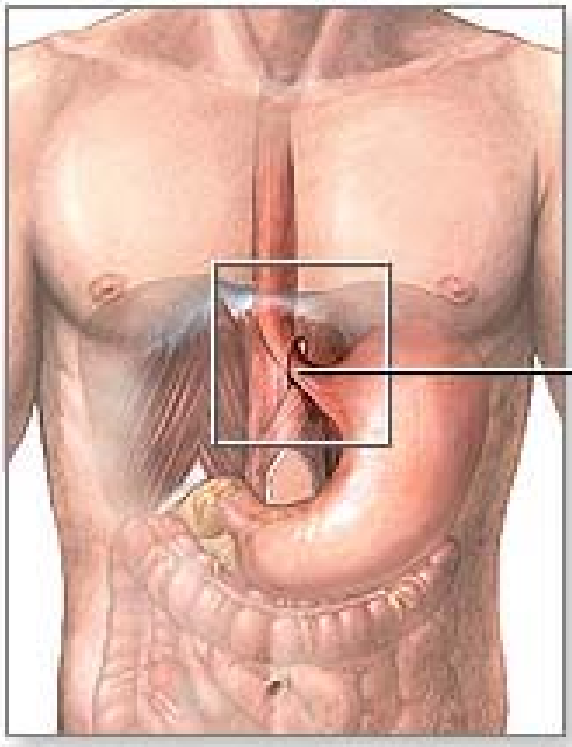
NONG THỰC QUẢN, TÂM VỊ BẰNG NỘI SOI

Bệnh Viện C Đà Nẵng
Khoa Nội Tiêu Hóa
Bs Ngô Tuấn Linh-Bs Nguyễn Quý Thiện

- Achalasia được Thomas Willis mô tả vào 1674, điều trị bằng whalebone
- Rối loạn vận động thực quản nguyên phát
    1) mất sóng nhu động
    2) tăng áp LES
    3) Suy giảm sự dãn LES khi nuốt
- Chống lại sự đi qua của thức ăn tại chỗ nối thực quản-dạ dày.

Lower esophageal sphincter fails to relax

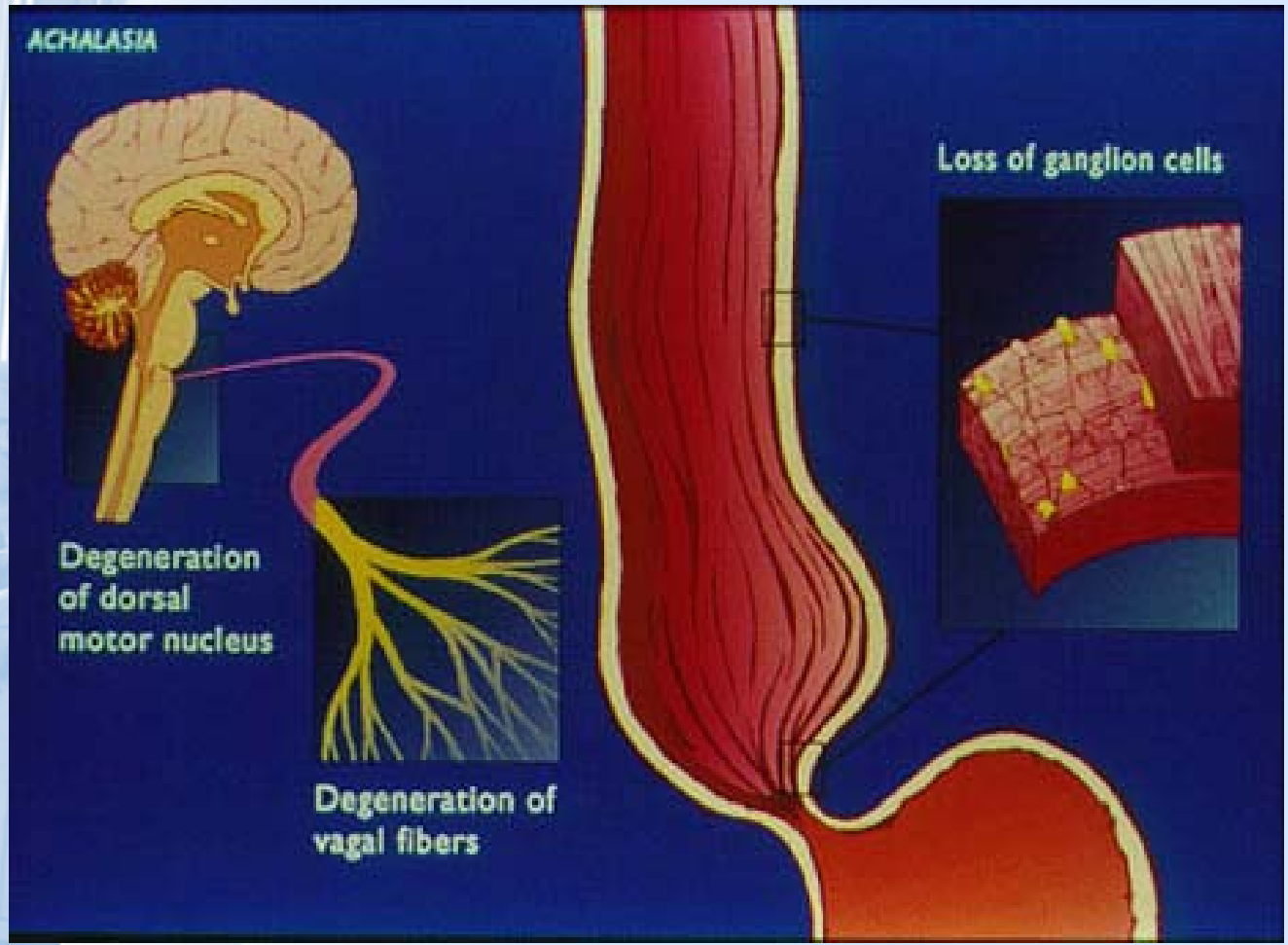




Lower esophageal sphincter

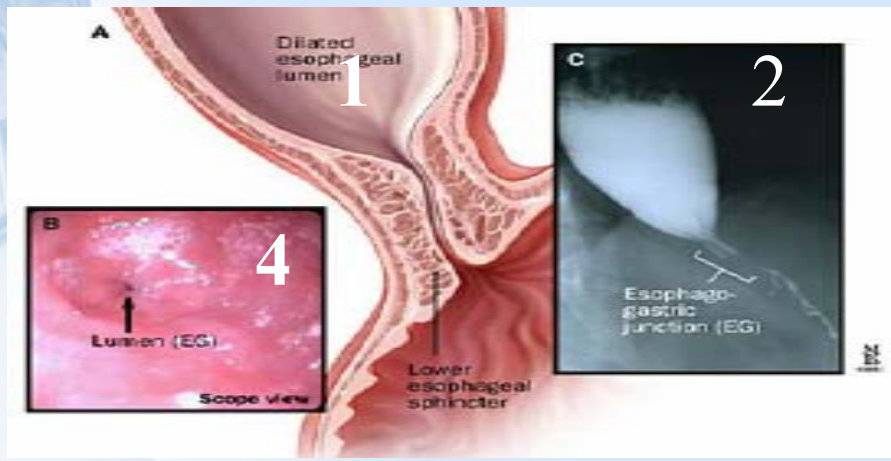
A.D.A.M.

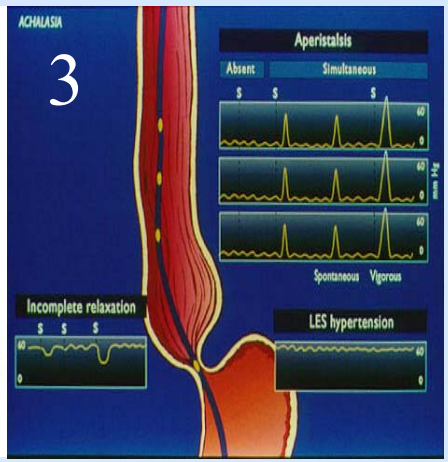
Sinh lý bệnh


ACHALASIA
Loss of ganglion cells
Degeneration of dorsal motor nucleus
Degeneration of vagal fibers

Chẩn đoán

1. Lâm sàng (87bn/4,7năm).
2. XQ
3. Đo áp lực thực quản (*manometry)*
4. Nội soi

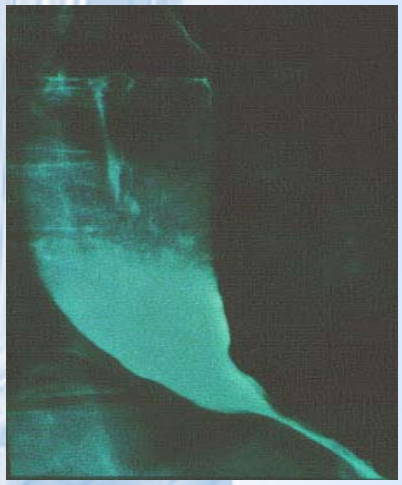


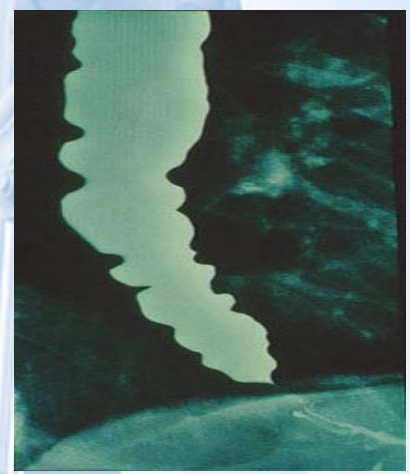


Triệu chứng achalasia	%
Khó nuốt thức ăn đặc	**99**
Khó nuốt thức ăn lỏng	**93**
Trớ chủ động	**84**
Trớ thụ động	**68**
Sút cân	61
Đau ngực	59
Ho đêm	45
Ợ nóng	35
Khó thở về đêm	20
Nấc cụt	8

World J Gastroenterol October 28, 2009 Vol.15(40)

Chụp thực quản cản quang

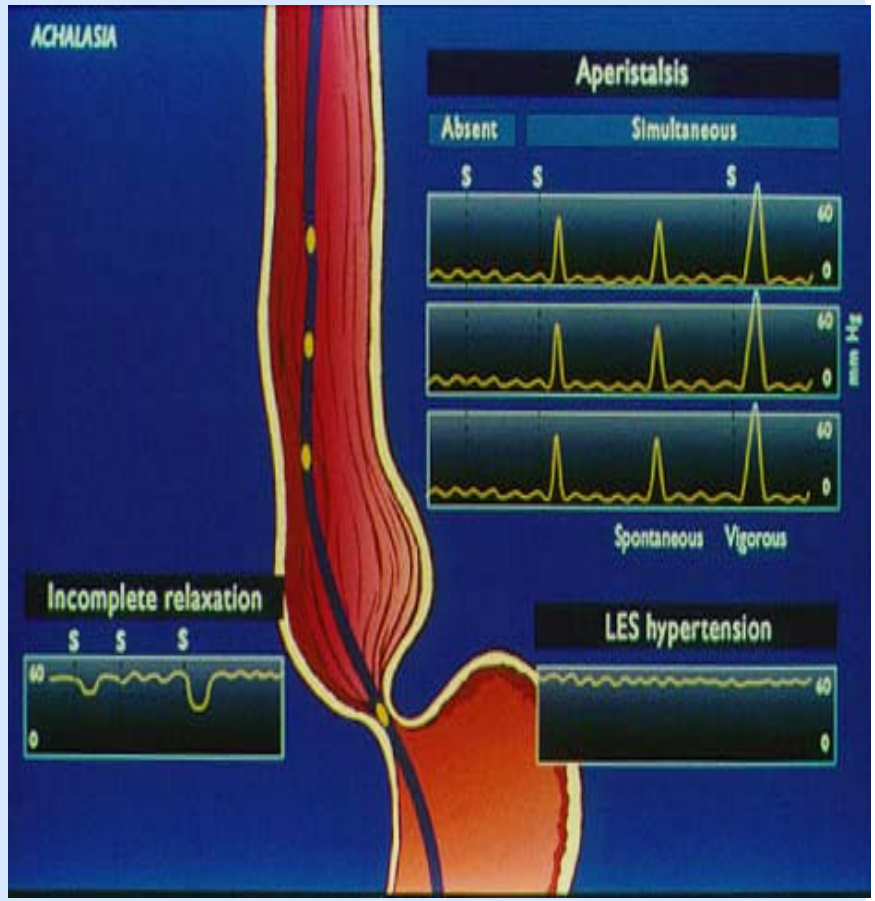




- Chính xác 95%
- Thực quản dãn
- cột barýt có mức hơi dịch
- hẹp hình nêm chỗ nối EG.
- Mất sóng nhu động
- Một số bệnh nhân co thắt mạnh thân thực quản (*"vigorous" achalasia*)

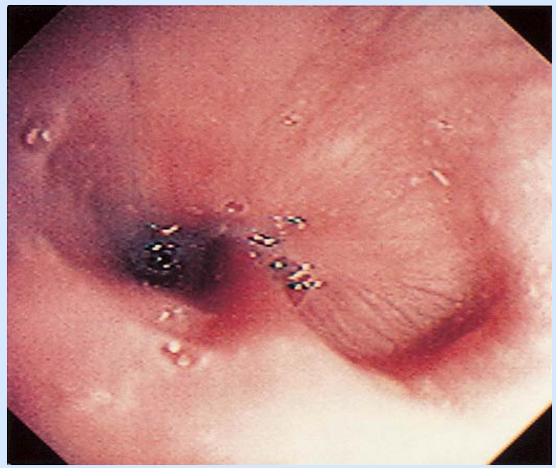
Manometry

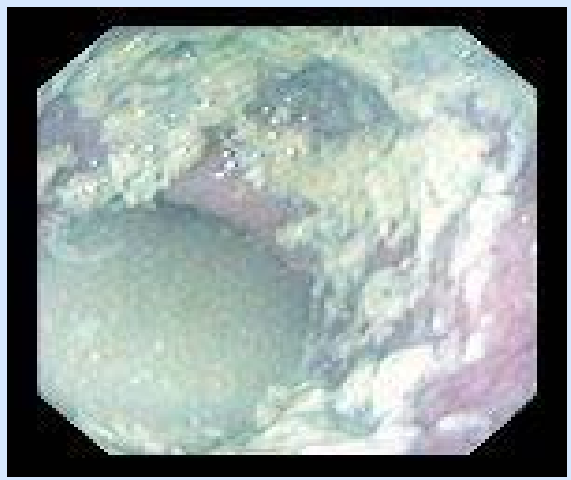
- Tăng áp LES lúc nghỉ (>45mmHg)
- Dãn LES không hoàn toàn
- Peristalsis — or simultaneous contractions



Nội soi

1. Loại trừ ác tính (retro)
2. Thực quản dãn, đọng thức ăn
3. Viêm, loét
4. Nhiễm nấm do ứ trệ
5. LES không mở tự nhiên và không thể qua với lực nhẹ nhàng.





Điều trị

1. Thuốc dãn cơ trơn
2. Tiêm botulinum toxin trong cơ thắt
3. Dãn bằng bóng khí (“pneumostatic dilation”)
4. Phẫu thuật cắt cơ (myotomy)

Tác dụng điều trị thuốc trong achalasia

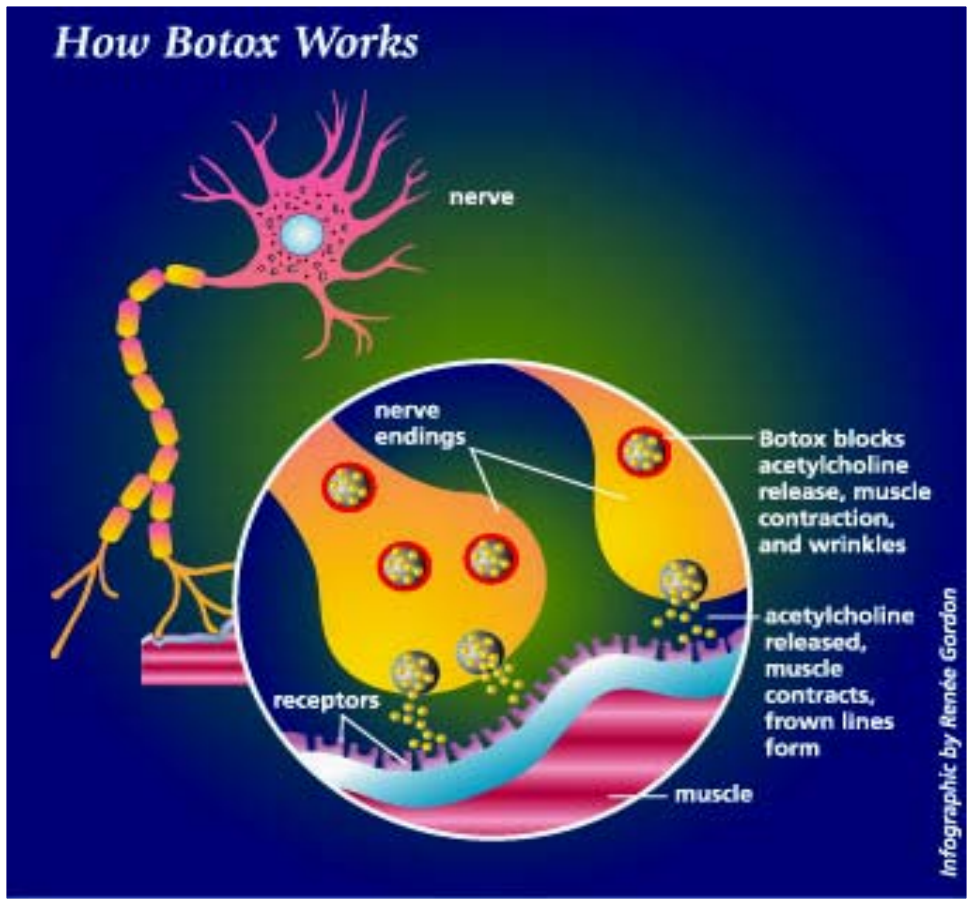
Tác giả	Thuốc	n	Hiệu quả (%)	Theo dõi (m)
Yon (1975)	Anti-ch	7	14	12
Gelfond (1981)	Isosor-	24	79	2-19
Silverstein (1982)	Dilti-	8	50	6
Gelfond (1982)	Nife-	15	53	8-14
Traube (1983)	Nife-	14	65-80	6
Maksimak (1986)	Nife-	4	LES ↓	3-6
Garia (1987)	Nife-	20	LES ↓	4
Coccia (1992)	Nife-	14	77	21

World J Gastroenterol September 28, 2006 Volume 12 Number 36

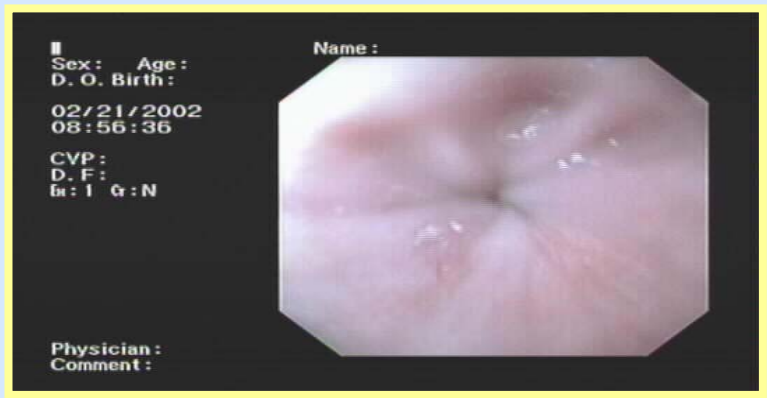
1. Thuốc dãn cơ trơn

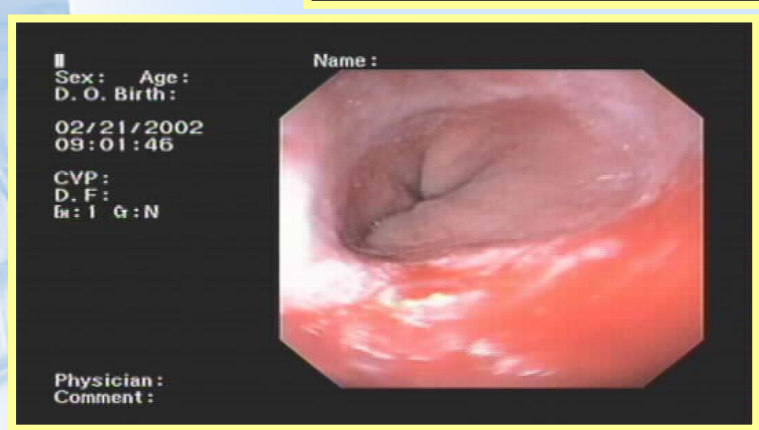
- Nitrates và chẹn canxi làm giãn cơ LES
- Thuốc thường kém hiệu quả và liên quan đến tác dụng phụ.
- Dùng cho bệnh nhân không đồng ý hay không chấp nhận được các hình thức điều trị xâm nhập.
- Ngậm dưới lưỡi trước ăn 10-30 phút

2. Botolium toxin



BEFORE





AFTER

Tác dụng của BoTx trên achalasia

Tác giả	UI	n	↓ LES (%)	1 mo (%)	6 mo (%)	12 mo (%)
Pasricha,1996	80	31	45	90	55	-
Annese, 1998	100	57	55	88	55	35
Prakash, 1999	80	42	-	90	64	41
Kolbasnik,-99	100	30	28	77	37	29
Annese, 1999	100-250	78	42	86	61	-
Annese, 2000	Vari-	118	34	82	53	-
Martinek -03	100-250	49	65	93	-	41
Zaninotto -04	100	40	-	-	66	34

World J Gastroenterol September 28, 2006 Volume 12 Number 36

Biến chứng tiêm Botilinum toxin

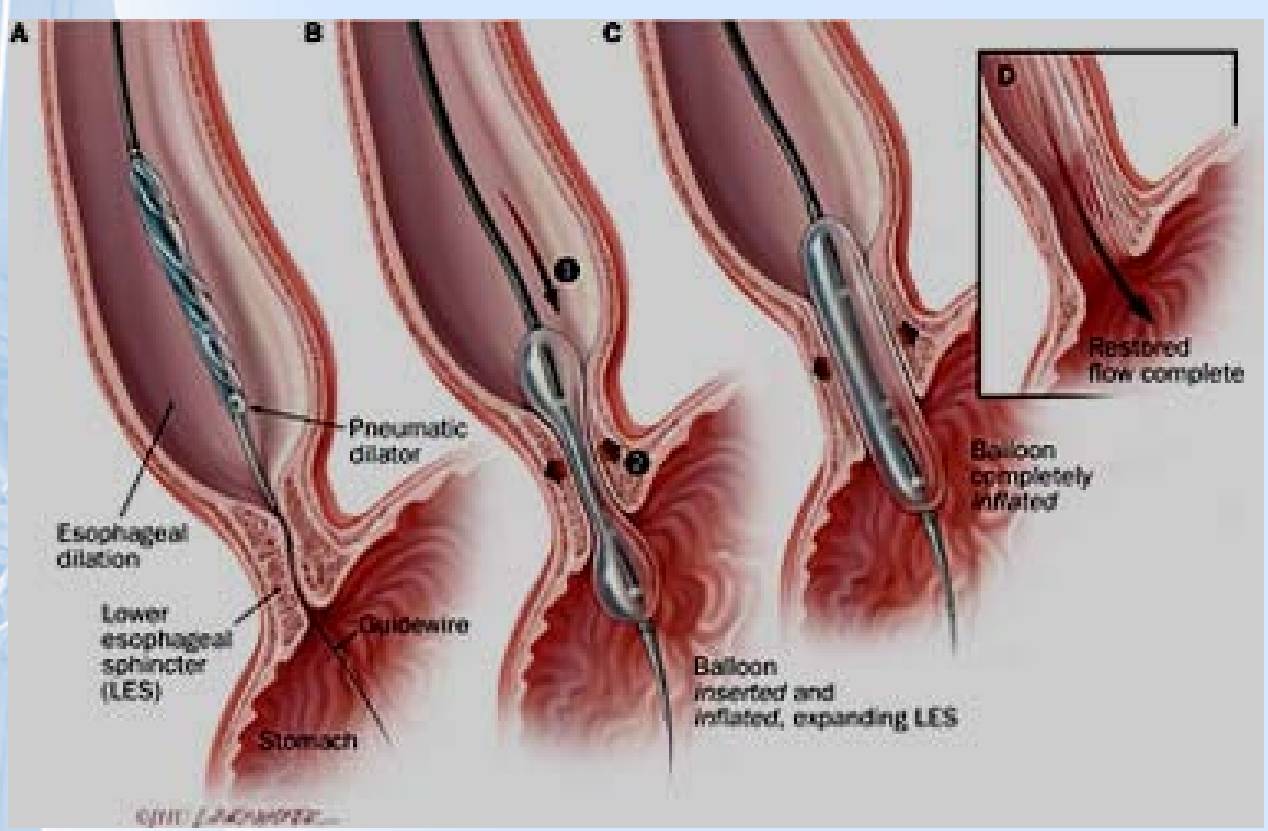
- Đau ngực thoáng qua 25%,
- Ợ nóng 5%,
- Xơ cơ thắt,
- Kháng thể trung hòa 5%

Tiêm Botulinum toxin vào LES

1. An toàn
2. Già>trẻ
3. Achalasia vigorous > cổ điển
4. < 1năm (60% / 6tháng)
5. Tái phát rất cao, tái điều trị kém hiệu quả

3. Làm dãn bằng bóng

Làm yếu LES bằng cách xé rách các sợi cơ của nó



Kết quả nong achalasia

Trên triệu chứng nghẹn và đo áp suất :

- Tốt và rất tốt trong 80 % trường hợp (ăn uống bình thường)
- 93 % BN cảm thấy đỡ nghẹn hơn
- 7 % thất bại → có thể nong lại lần thứ hai.
- Sau 2 lần thất bại → chỉ định phẫu thuật cắt cơ Heller.

Biến chứng nong achalasia

- Thủng :
  - 1 – 6 %
  - Luôn luôn xẩy ra ngay lần đầu tiên nong
  - Có thể do : bơm căng quá (> 35 mm, > 200 mm Hg), achalasia dạng « mạnh » (vigoureux), nhưng không thể tiên đoán được
- Chảy máu :

  thường tự ngừng

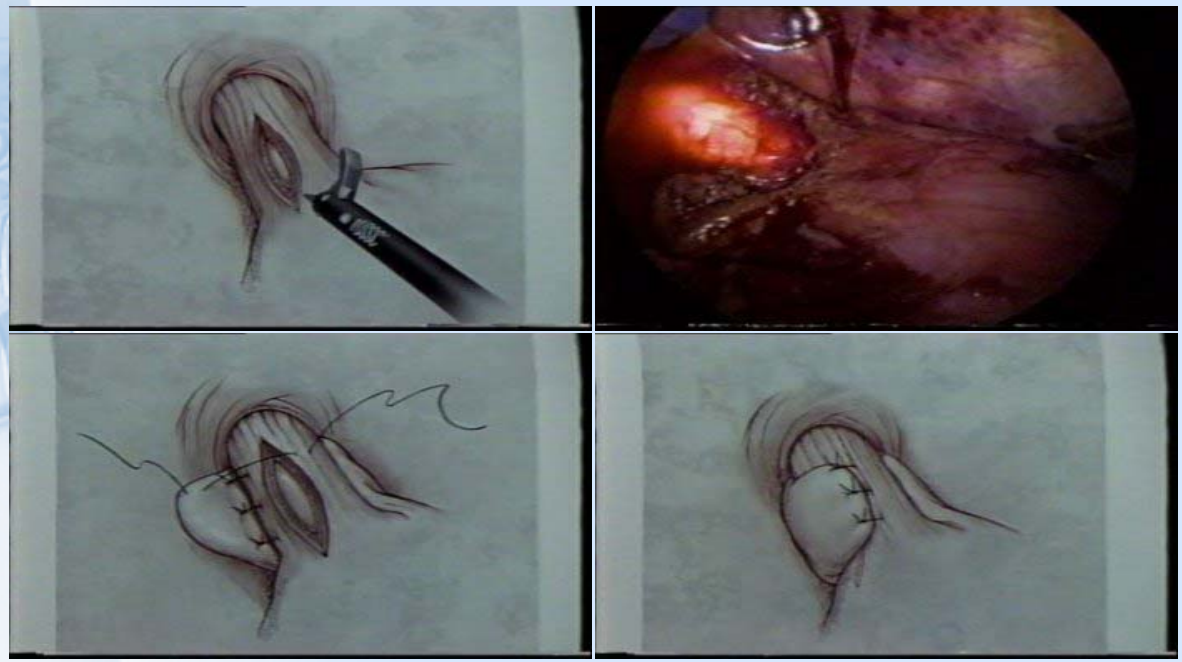
Biến chứng nong achalasia (Pháp)

- 318 BN (147 nam, 171 nữ) từ 1983 đến 1998
- 426 lần nong (51 bóngWitzel, 375 Rigiflex), 1 lần trên 218 BN, 2 lần trên 92 BN, 3 lần trên 8 BN
- Biến chứng: 11,7 %. Thủng: 2,6 %, chảy máu: 0,2%, sốt : 0,7 %, đau : 7,3 %, do gây mê : 0,9 %.
- B/chứng cần đến phẫu thuật : 2,5 %. Tử vong: 0 %
- 92 % biến chứng và mọi ca thủng đều xẩy ra ngay lần đầu
- Không có khác biệt giữa bóng Witzel và Rigiflex
- Chỉ có một yếu tố rủi ro : bệnh có từ lâu

Entremont A, Sabate JM, Chaussade S et al. Gastroentérol Clin Biol 2003; 27, HS1, 0399-8320

4. Phẫu thuật

1. Giãn đoạn thực quản hẹp (Heller)
2. Tạo lỗ thông tq-dd
3. Nối tq-dd



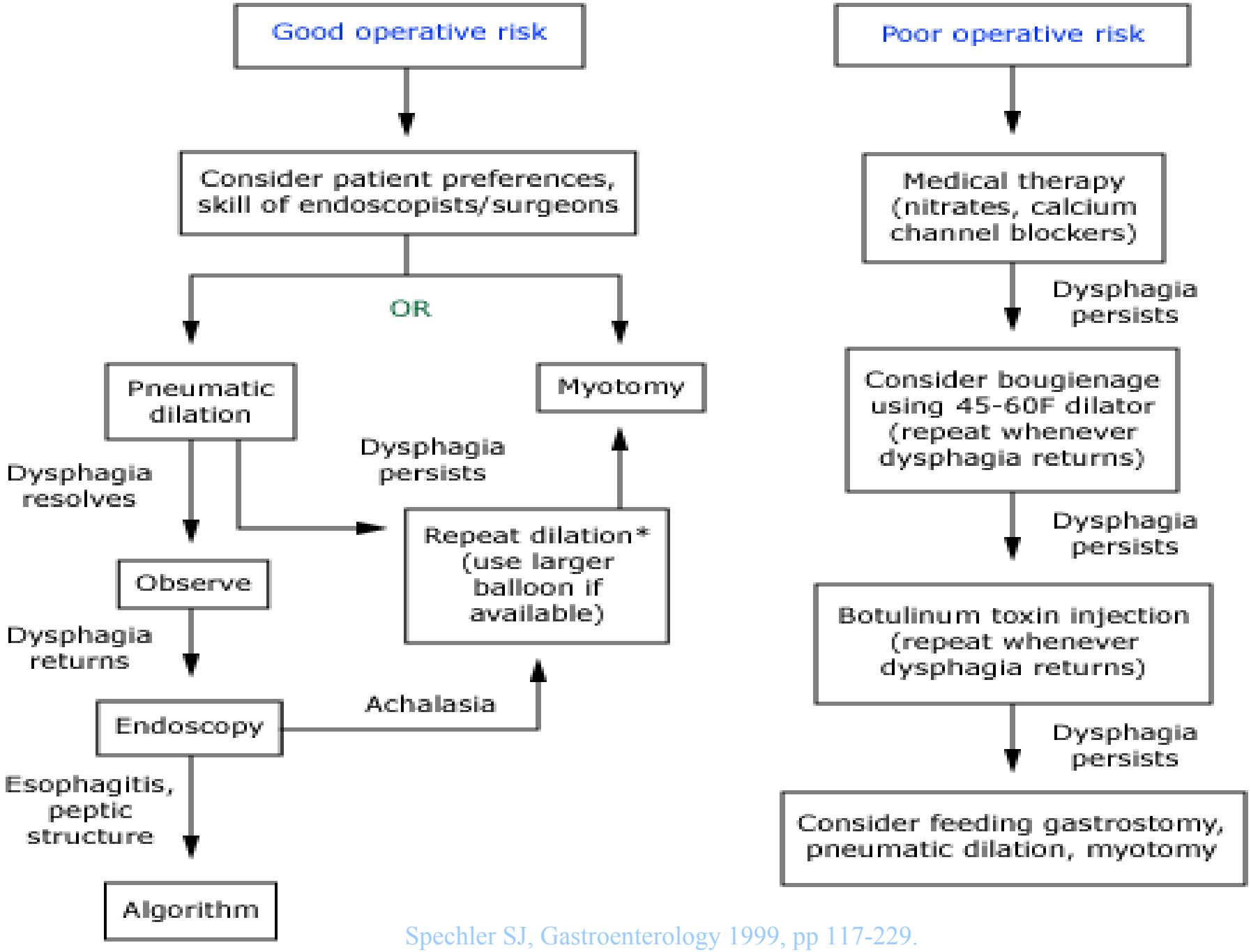
Modified Heller myotomy

- Giảm triệu chứng tốt và rất tốt 70-90%
- Biến chứng nặng rất thấp
- Tử vong # 0,3%
- Viêm thực quản trào ngược 10% (fundoplication)
- Một số nghiên cứu lâu dài có tỷ lệ giảm triệu chứng bền vững 85%/10 năm, và 65%/20 năm.

World J Gastroenterol 2009 October 28; 15(40): 5000-5009

Chỗ đứng của nong achalasia

- Nong và phẫu thuật cắt cơ Heller cùng dựa lên một nguyên tắc : cắt đứt cơ LES
- Khác với tiêm Bol Tx: làm liệt, giãn cơ LES, phương pháp này rất tốn kém, không có kết quả lâu dài (chỉ trong 1/3 trường hợp)
- Nong được chủ trương là phương pháp điều trị đầu tiên, ít gây biến chứng, ít gây hội chứng trào ngược hơn phẫu thuật
- Chỉ sau khi nong thất bại lần thứ 2, mới có chỉ định phẫu thuật



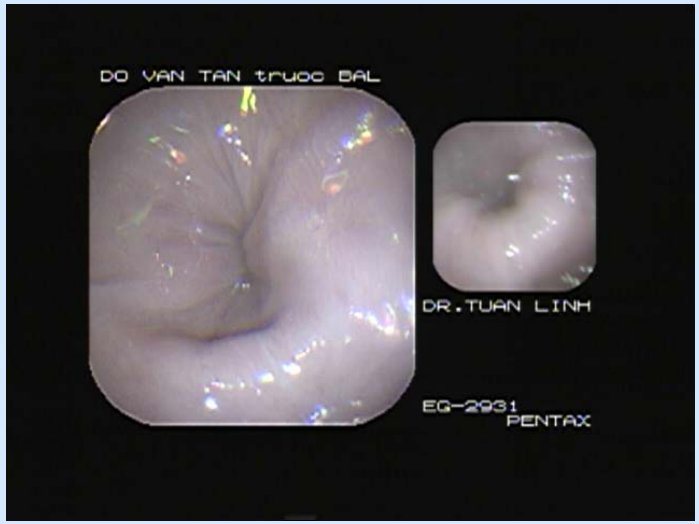
Spechler SJ, Gastroenterology 1999, pp 117-229.

Ca Lâm sàng

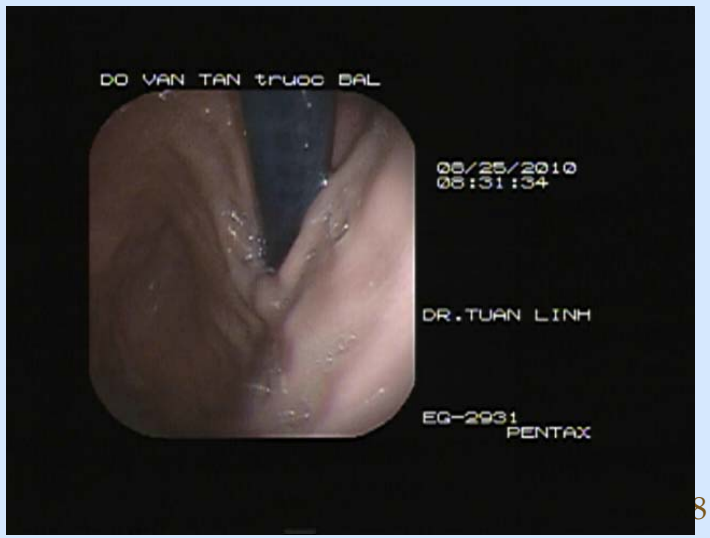
- Đỗ Văn T. 27t, nam, Điện Bàn, Quảng Nam
- Vào viện ngày 23/8/2010 – Số : 8205
- Lý do: nuốt khó.
- Bệnh sử: Khởi bệnh # 7 năm,
  - Nuốt khó chất đặc → lỏng, nặng lên từng đợt.
  - Trớ thức ăn mới và cũ tăng khi nằm.
  - Đau ngực khi gắng sức.
  - Sút cân (5kg/2năm)
  - Soi tq-dd-tt nhiều lần (5 lần) tại nhiều đơn vị nội soi khác với chẩn đoán : Viêm dd, GERD
  - XQ thực quản cản quang (6/10) + NS → GERD

Thăm khám

- Tổng trạng trung bình
- Nuốt khó, nuốt đau, trớ, đau ngực
- Ho về đêm
- Khám lâm sàng tim, phổi, bụng bình thường.
- CLS: CTM, ECG, SA bụng, SA tim, XQ phổi, nội soi EGD, chụp thực quản cản quang.


DO VAN TAN truoc BAL
DR.TUAN LINH
EG-2931
PENTAX

DO VAN TAN truoc BAL
DR.TUAN LINH
EG-2931
PENTAX

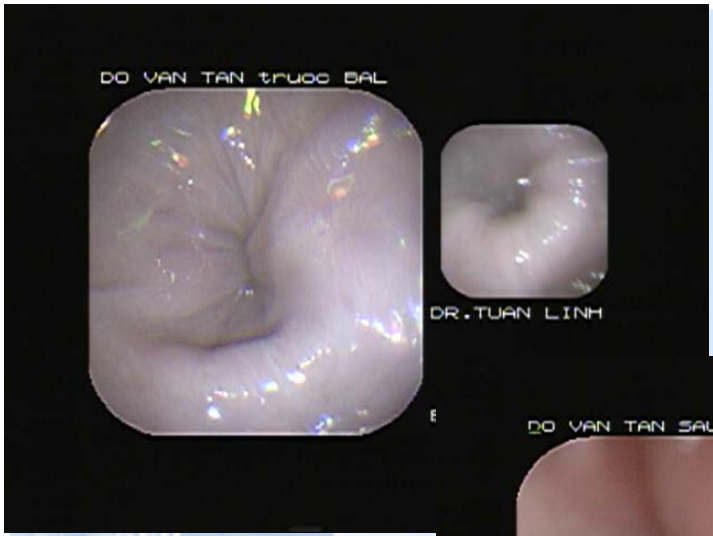

DO VAN TAN truoc BAL
06/25/2010
08:31:34
DR.TUAN LINH
EG-2931
PENTAX

SIEMENS

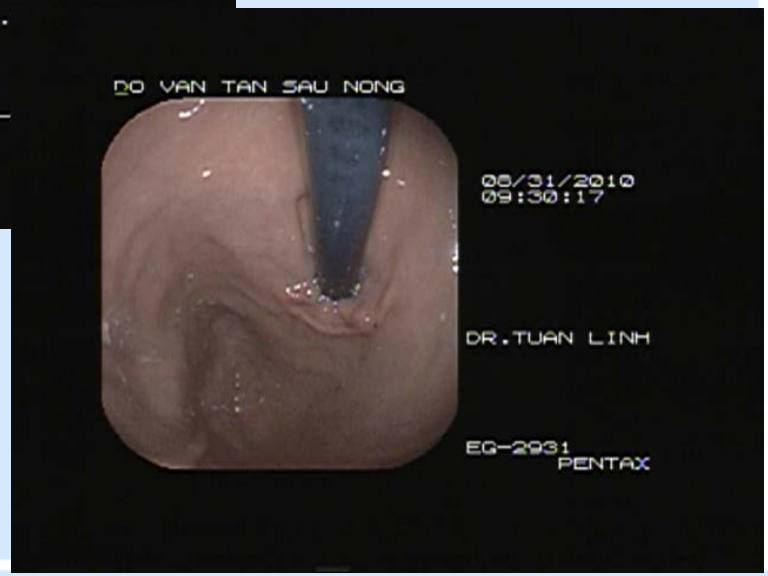
DO VAN TAN
TAN
11/18/1858
Ortho/Trauma
Standard
Fluoroscopy
00:03:16
Ready for X-ray
SIEMENS

Lâm sàng

- Hết nuốt khó với cháo, cơm nhão cải thiện dần sau 1tuần
- Nuốt khó, nuốt đau với cơm có cải thiện.
- Hết đau ngực
- Hết trớ về đêm.
- Không ho đêm.



Trước nong



Sau nong

TÓM LẠI

1. *Nong thực quản, tâm vị qua nội soi là chọn lựa hiệu quả cho bệnh lý hẹp thực quản lành tính*
2. *Nong bằng bóng điều trị achalasia đem lại hiệu quả cao, biến chứng tương đối thấp*
3. *Phương tiện và kỹ thuật không quá phức tạp, có thể triển khai thành điều trị thường quy tại bệnh viện chúng ta.*

Tham khảo

- *Trịnh Đình Hỷ (2008), "Nong đường tiêu hóa bằng nội soi"*
- *Nguyễn Thúy Oanh, Quách Trọng Đức "NONG THỰC QUẢN BẰNG BÓNG TRONG ĐIỀU TRỊ CO THẮT TÂM VỊ", Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 12 – Supplement of No 1 - 2008: 71 - 76*
- WILLIAM J. RAVICH (2005), "MANAGEMENT OF ACHALASIA", **Advanced Therapy in GASTROENTEROLOGY AND LIVER DISEASE**
- **Salis GB, Chiocca JC, Perissé E, Acosta E, Mazure PA (1991), "Esophageal achalasia: 20 years' experience with non surgical treatment ", Acta Gastroenterol Latinoam. 1991;21(1):11-6.**
- Vito Annese, Gabrio Bassotti (2006), "**Non-surgical treatment of esophageal achalasia**", *World J Gastroenterol* Sep-28; 12(36): 5763-6
- ASGE Guideline (2006), "esophageal dilation", GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, 63(6), 755-60
- Chuah SK et al (2010), "Pneumatic dilations of esophageal achalasia", *World J Gastroenterol,* Jan.28; 16(4): 411-17
- **SSAT patient care guidelines**. Esophageal achalasia. *J Gastrointest Surg* 2007; **11**: 1210-1212
- Alexander J Eckardt, Volker F Eckardt, "**Current clinical approach to achalasia**", *World J Gastroenterol* 2009 August 28; 15(32): 3969-75.
- **Harrison's Internal Medicine 17th** -Chapter 286-Diseases of the Esophagus

1998 bonpei