

NANG ĐÔI TÁ TRÀNG: MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

TRẦN NGỌC DŨNG, KIM VĂN VỤ
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nang đôi tá tràng là một bất thường bẩm sinh rất hiếm gặp và thường được phát hiện ở trẻ em. Chúng tôi thông báo một trường hợp nang đôi tá tràng ở người lớn, bệnh nhân nữ 32 tuổi, bệnh nhân vào viện vì đau vùng thượng vị, bệnh nhân đã được siêu âm, nội soi dạ dày tá tràng, chụp CT scanner nhưng vẫn không chẩn đoán ra cho đến khi phẫu thuật lấy tổn thương làm giải phẫu bệnh mới được chẩn đoán xác định. Bệnh nhân được điều trị cho kết quả tốt.

Từ khóa: Nang ruột đôi, nang đôi tá tràng

SUMMARY

Duodenal duplication cysts are rare congenital anomalies and usually found in children. We report the case of a duodenal duplication cyst in an 32-year-old woman who presented with an epigastralgia. Despite of ultrasonoscopy, gastroscopy and CT scanner, duodenal duplication cyst was not diagnosed until exploratory laparotomy was performed to remove the

lesion to combine cytology. The patient's recovery was uneventful.

Keywords: Duplication, Duodenal duplication.

GIỚI THIỆU

Ruột đôi là bất thường bẩm sinh hiếm gặp của đường tiêu hóa, nó chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong cộng đồng từ 1: 4500 đến 1: 10000[3],[7]. Hầu hết các trường hợp ruột đôi được phát hiện ở trẻ em với triệu chứng xuất huyết tiêu hóa hoặc tắc ruột, có khoảng dưới 30% các trường hợp ruột đôi được chẩn đoán ở người lớn[4]. Ruột đôi ở tá tràng rất hiếm gặp, chỉ có khoảng dưới 5% tất cả các trường hợp ruột đôi[8]. Triệu chứng của ruột đôi không điển hình và rất kín đáo, chúng phụ thuộc loại, kích thước và vị trí của ruột đôi. Do vậy, ruột đôi rất hiếm khi được chẩn đoán trên lâm sàng, chúng chỉ được chẩn đoán trong khi phẫu thuật và chẩn đoán xác định dựa vào giải phẫu bệnh.[3],[4],[8].

TRƯỜNG HỢP THÔNG BÁO

Một bệnh nhân nữ 32 tuổi, bệnh nhân thấy đau tức âm ỉ vùng thượng vị từ lâu, triệu chứng này ngày càng tăng lên, 3 ngày trước khi vào viện, bệnh nhân xuất hiện đau nhiều vùng thượng vị, đau xuyên ra sau lưng kèm theo chán ăn, buồn nôn và nôn.

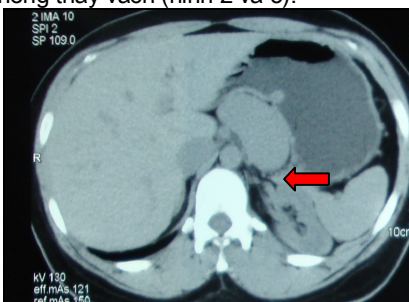
Các xét nghiệm công thức máu và sinh hóa trong giới hạn bình thường, Amylase máu 110 U/L. Soi dạ dày không thấy viêm loét.

Siêu âm ổ bụng cho thấy tụy có kích thước bình thường, ngay trên thân tụy có một khối dạng nang ranh giới rõ ràng, kích thước khoảng 54x34mm, thành mỏng, dịch không trong có các nốt tăng âm (hình 1).



Hình 1: Hình ảnh khối u nang trên siêu âm

Trên hình ảnh CT ổ bụng cho kết quả tụy kích thước bình thường, trên thân tụy có hình ảnh một nang kích thước 62x43mm, dịch trong nang tăng tỷ trọng đồng nhất, không thấy cấu trúc lắng đọng, thành nang mỏng không bắt thuốc cản quang, không thấy phần tổ chức, không thấy vách (hình 2 và 3).



Hình 2: Hình ảnh khối u nang khi chưa có thuốc cản quang

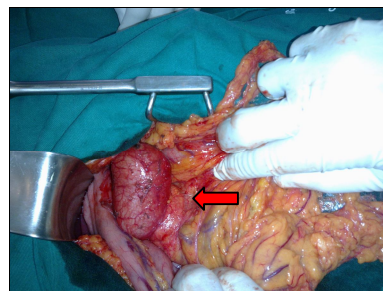


Hình 3: Hình ảnh u nang khi có thuốc cản quang

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u nang thân tụy và được chỉ định phẫu thuật.

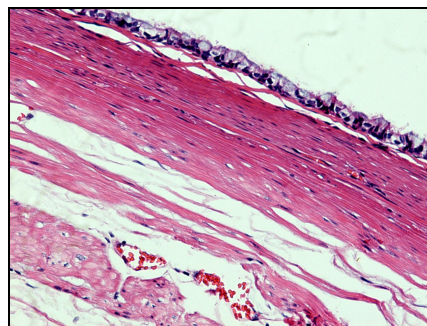
Trong mổ, sau khi phẫu tích bộc lộ thấy khối u nang kích thước 60x40mm, nằm ở vị trí sau phúc mạc phía trên thân và đầu tụy, sát với D1 và D11 tá tràng, khối u nang có ranh giới rõ ràng, thành mỏng (hình 4), khối u

nang được bóc ra khỏi ổ bụng và gửi làm giải phẫu bệnh lý.



Hình 4: Hình ảnh khối u nang trong mổ

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy thành nang được lót bởi một lớp biểu mô đơn hoặc biểu mô có nhân nhỏ đầy bào tương rộng, một số tế bào có lông chuyển, thành nang là tổ chức xơ, cơ và mỡ, không thấy tế bào ác tính. Các tế bào lớp cơ sắp xếp theo hai lớp cơ vòng ở trong và cơ dọc ở ngoài như thành ống tiêu hóa (hình 5).



Hình 5: Hình ảnh GPB của nang ruột đôi

Kết hợp giữa chẩn đoán trong mổ là khối u nang nằm ngay cạnh D1 và D11 tá tràng và giải phẫu bệnh có hình ảnh là nang ruột đôi từ đó chẩn đoán xác định là nang đôi tá tràng.

Bệnh nhân được điều trị sau mổ, hồi phục ra viện sau 07 ngày, không có biến chứng gì.

BÀN LUẬN

Ruột đôi là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp, nó được tạo thành trong quá trình phát triển phôi thai của đường tiêu hóa. Nó được chẩn đoán xác định dựa vào kết quả giải phẫu bệnh, thành nang có hình ảnh cấu tạo tạo đường tiêu hóa và nang ở vị trí liên quan mật thiết với hệ thống đường tiêu hóa[7]. Ruột đôi có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hóa, chúng có kích thước và hình dáng rất đa dạng. Ruột đôi hồng-hôi tràng là hay gặp nhất, tiếp đến là ruột đôi dạ dày và đại tràng. Ruột đôi tá tràng là ít gặp nhất, nó chỉ chiếm dưới 5% tất cả các loại ruột đôi[8].

Cũng giống như các loại ruột đôi khác, hầu hết tá tràng đôi thường được chẩn đoán khi bệnh nhân còn nhỏ, bệnh phát hiện ở người lớn là rất hiếm.

Triệu chứng của bệnh rất đa dạng và không điển hình. Bệnh nhân có thể đau bụng âm ỉ, thường xuyên hoặc đau dữ dội. Khi nang ruột đôi chèn ép vào các

tạng xung quanh như ruột, đường mật có thể gây ra các triệu chứng tắc ruột hay tắc mật[12]. Trong vài trường hợp nang đôi dạ dày, bệnh nhân có thể xuất hiện loét, xuất huyết thậm chí thủng[1]. Biến chứng xuất huyết tiêu hóa thường được phát hiện ở trẻ nhỏ, tuy nhiên cũng có trường hợp do tổn thương ruột đôi nhỏ, xuất huyết tiêu hóa xảy ra ít và kín đáo, không ảnh hưởng nhiều đến toàn trạng bệnh nhân do đó nó tồn tại cho đến khi bệnh nhân lớn tuổi, triệu chứng xuất huyết mới nặng lên gây ra hoa mắt chóng mặt và ngất[8]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có triệu chứng đau vùng thượng vị, đau xuyên ra sau lưng như triệu chứng của viêm tụy.

Chẩn đoán trước mổ nang ruột đôi là rất khó và hiếm khi chính xác. Trên hình ảnh siêu âm ổ bụng của một số tác giả chỉ thấy hình ảnh dạng nang có dịch tầng âm[5],[9]. Bệnh nhân của chúng tôi khi siêu âm thấy có hình ảnh khối nang trên thân tụy, thành mỏng, dịch không trong có những nốt tăng âm.

Theo một số tác giả, CT scanner giúp đánh giá kết quả chính xác hơn, chúng ta có thể đánh giá được hình dạng, kích thước và bản chất tổn thương rõ hơn[9]. Tuy nhiên, điều đó vẫn chưa đủ để chẩn đoán là nang ruột đôi, các tác giả vẫn nhầm và chẩn đoán là u mỡ, u cơ trơn, lymphoma, tụy lạc chỗ hay nang tụy. Trên phim CT scanner ổ bụng của bệnh nhân này có hình ảnh nang trên thân tụy, dịch nang đồng nhất, thành nang mỏng, không ngấm thuốc cản quang, không thấy phần tổ chức không thấy vách. Do đó bệnh nhân được chẩn đoán là u nang tụy □ nghi ngờ u nang tuyến thanh dịch (serous cystadenoma).

Một số tác giả còn đề nghị chụp đường mật - tụy ngược dòng để loại trừ những bệnh lý hay gặp của đường mật □ tụy với nang ruột đôi khi có dấu hiệu chèn ép[8]. Bệnh nhân của chúng tôi có khối u nang ở trên thân tụy nên không có dấu hiệu chèn ép đường mật □ tụy, do đó, chúng tôi không chụp đường mật □ tụy ngược dòng.

Đối với bất kỳ loại nang ruột đôi nào, để chẩn đoán chính xác đều phải cần kết hợp với kết quả giải phẫu bệnh. Tuy nhiên, giải phẫu bệnh thường được thực hiện với bệnh phẩm sau phẫu thuật. Chọc hút tế bào bằng kim dưới hướng dẫn của siêu âm là một phương pháp xâm lấn nhỏ và cho kết quả với độ chính xác cao, một số tác giả có đưa ra giải pháp này để giúp cho chẩn đoán trước mổ[13], nhưng không phải bệnh nhân nào cũng có thể thực hiện được phương pháp này, do đó vấn đề này cần phải xem xét thêm. Bệnh nhân của chúng tôi không thực hiện phương pháp này vì vị trí

khối u nang nằm trên thân tụy rất khó thực hiện và có tỷ lệ tai biến cao.

Về vấn đề điều trị, nang ruột đôi có triệu chứng hoặc biến chứng thì việc phẫu thuật là không bàn cãi. Tuy nhiên, những bệnh nhân không có triệu chứng thì nên cân nhắc. Phẫu thuật cắt bỏ khối u nang là phương pháp thường được thực hiện. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt bỏ khối u và điều trị cho kết quả tốt.

Nang ruột đôi là bất thường bẩm sinh hiếm gặp, chúng có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hóa và thường được chẩn đoán ở trẻ em. Nang đôi tá tràng rất hiếm gặp và được chẩn đoán ở người lớn lại càng hiếm gặp.. Chúng tôi thông báo một trường hợp nang đôi tá tràng mà chúng tôi điều trị nhằm chia sẻ những thông tin để tăng thêm sự hiểu biết về bệnh lý hiếm gặp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arbell D, Lebenthan A, Blashar A, Shmushkevich A, Gross E. Duplication cyst of the duodenum as an unusual case of massive gastrointestinal bleeding in an infant. *J Pediatr Surg* 2002; 16:18-23.
2. Alireza M, Fatollah R, Shahnaz S, Leily M and Shaghayegh H. Diphallus with Imperforate Anus and Complete Duplication of Recto-Sigmoid Colon and Lower Urinary Tract. *Iran J Pediatr* 2010; Vol 20(No2):229-232.
3. Basu R, Forshall I, Rickham PP. Duplications of the alimentary tract. *Br J Surg* 1960; 47(2):477-84.
4. Browning R. Duodenal duplication, *Rev Surg* 1963; 20:226-9.
5. Barr LL, Hayden Jr CK, Stanberry SD, Swischuk LE. Enteric duplication cysts in children: are their ultrasonographic wall characteristics diagnostic? *Pediatr Radiol* 1990; 20: 326-8.
6. Colin A, Kaltenbach T, Kusano C, Matsuda T, Oda I, Gotoda T. Endoscopic resection of gastrointestinal lesions: advancement in the application of endoscopic submucosal dissection. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25: 1348-57.
7. Gross RE, Holcomb Jr GW, Farber S. Duplications of the alimentary tract. *Pediatrics* 1952; 9:449-68.
8. Hao Cheng C, Shih Chiang H, Ren Chin W, Ming Chin Y. Duodenal duplication cyst: A rare cause of geriatric gastrointestinal bleeding. *J Chi Medical Association* 2011;74:233-6.
9. Hur J, Yoon CS, Kim MJ, Kim OH. Imaging features of gastrointestinal track duplication in infants and children: from oesophagus to rectum. *Pediatr Radiol* 2007; 37: 691-9.
10. Hata H, Hiraok N, Ojima H, Shimada K, Kosuge T, Shimoda T. Caicoid tumor arising in a duplication cyst of the duodenum. *Pathol Int* 2006;56:272-8.