

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ NANG DẠ DÀY ĐÔI Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Trần Anh Quỳnh[✉], Bùi Văn Lâm, Phạm Duy Hiền
Lê Quang Dư, Nguyễn Thị Phượng, Lê Hoàng Long
Bệnh viện Nhi Trung ương

Nang đường tiêu hóa đôi là một dị dạng bẩm sinh hiếm gặp, thường có một lớp niêm mạc phủ trung lòng nang. Nang dạ dày đôi chiếm khoảng từ 2 - 9% trong tổng số nang đường tiêu hóa đôi. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng là đau vùng thượng vị, nôn và sờ thấy khối ổ bụng. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm và chụp cắt lớp ổ bụng. Phương pháp điều trị là phẫu thuật cắt bỏ nang. Chúng tôi báo cáo trường hợp của 1 bé trai 8 tháng tuổi có biểu hiện nôn, chướng lên cân, được chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản tại tuyến trước không kết quả và được chuyển Bệnh viện Nhi Trung ương. Được làm siêu âm và chụp CT ổ bụng với hình ảnh nang dạ dày đôi. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt nang. Sau phẫu thuật trẻ diễn biến ổn định được bú sữa mẹ sau 24h sau mổ và xuất viện sau ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Nang dạ dày đôi dễ nhầm với luồng trào ngược dạ dày thực quản, hẹp phì đại cơ môn vị. Do vậy, khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh giúp xác định chẩn đoán chính xác nhất. Phẫu thuật cắt bỏ nang là phương pháp điều trị duy nhất.

Từ khóa: nang dạ dày đôi, phẫu thuật nội soi, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang ruột đôi đường tiêu hóa là một rối loạn bẩm sinh ít gặp, có dạng hình cầu, bên trong nang có lớp niêm mạc bao phủ. Nang có thể được xuất hiện ở bất kỳ đoạn nào của đường tiêu hóa, chủ yếu là ở vùng hồi tràng. Nang dạ dày đôi chiếm khoảng 2 - 9% trong tổng số nang ruột đôi đường tiêu hóa và thường nằm ở bờ cong lớn.¹ Có một số giả thuyết được đề xuất cho sự hình thành của nang dạ dày đôi như khiếm khuyết tái tạo ruột và khiếm khuyết trong quá trình hình thành phôi thai.²

Dấu hiệu lâm sàng biểu hiện là đau thượng vị, nôn và sờ thấy khối bụng, các dấu hiệu này có thể xuất hiện trong các bệnh khác thường gặp hơn: hẹp môn vị phì đại, tắc tá tràng do màng ngăn và các dị dạng nang khác.³ Chẩn

đoán xác định dựa vào siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ để xác định nang và phương pháp điều trị triệt để là phẫu thuật.^{1,4}

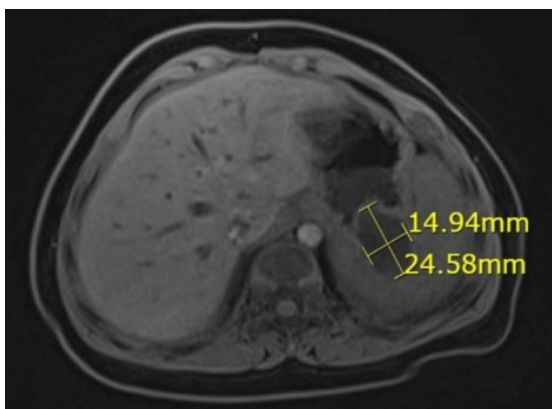
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 8 tháng tuổi, được phát hiện có nang dịch ổ bụng từ thời kỳ bào thai. Tiền sử sản khoa của mẹ không có gì đặc biệt. Từ lúc 6 tháng tuổi trẻ xuất hiện nôn sữa khi ăn, số lượng vừa, triệu chứng không thường xuyên, không sốt, không bỏ ăn, lên cân chậm. Trẻ được khám và điều trị ở một phòng khám tư nhân với chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản nhưng không cải thiện. Sau đó trẻ được đưa đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương, triệu chứng toàn thân và thực thể không có gì đặc biệt, siêu âm và chụp cộng hưởng từ ổ bụng thấy có khối dạng nang 17x20x25mm, sát bờ cong lớn dạ dày, bên trong chứa dịch đồng nhất, đẩy lùi niêm mạc dạ dày vào trong, bờ rõ, không xâm lấn, nang có ngấm thuốc đối quang

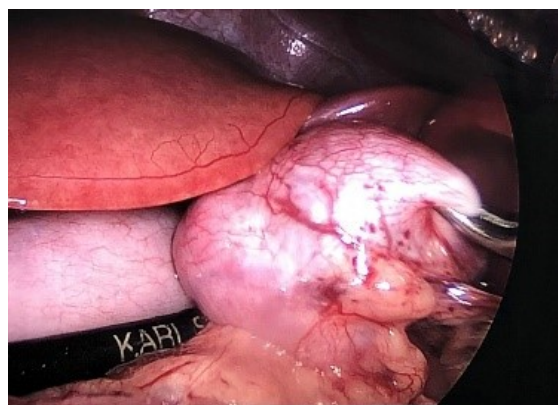
Tác giả liên hệ: Trần Anh Quỳnh
Bệnh viện Nhi Trung ương
Email: tranquynh.nhp@gmail.com
Ngày nhận: 18/11/2022
Ngày được chấp nhận: 26/11/2022

từ (hình 1). Bệnh nhân được chẩn đoán là nang dạ dày đôi không thông với dạ dày và tiến hành phẫu thuật nội soi cắt nang dạ dày đôi. Bệnh nhân nằm ngửa, có độn ở lưng ngang mức dạ dày để đầu cao, mông thấp. Đặt 1 troca 5mm qua rốn vào ổ bụng, sau khi bơm khí CO₂, dưới kiểm soát của camera, đặt tiếp 2 troca 5mm vào ổ bụng ở đường trắng bên phải và trái cao hơn đường ngang rốn 1cm. Quan sát trong mổ thấy tổn thương là dạ dày đôi dạng nang, kích thước khoảng 15x20x20mm, nằm sát bờ cong lớn dạ dày, ranh giới rõ, bờ đều, bên trong chứa dịch trong, nhày, niêm mạc giống niêm mạc dạ

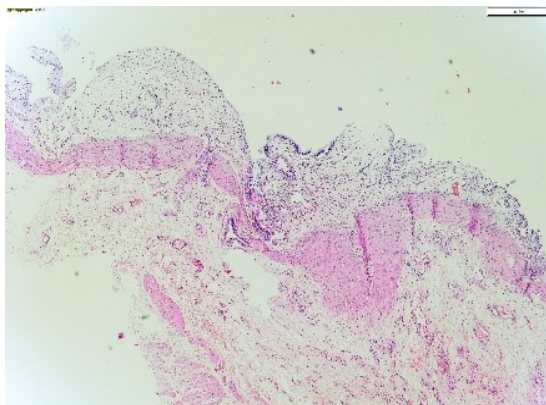
dày (hình 2). Chúng tôi tiến hành cắt bán phần nang, để lại phần có thành chung với dạ dày và đốt niêm mạc phần này. Rửa ổ bụng, rút các troca, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu. Trong và sau phẫu thuật không xảy ra tai biến và biến chứng, không phải truyền máu trong mổ. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy cấu trúc thành nang và niêm mạc nang tương ứng với dạ dày, không có loạn sản hoặc ác tính (hình 3). Bệnh nhân được rút sonde dạ dày, cho ăn sau một ngày và xuất viện sau 3 ngày. Không có biến chứng trong và sau mổ.



Hình 1. Dạ dày đôi trên phim MRI



Hình 2. Dạ dày đôi trong mổ



Hình 3. Tổn thương giải phẫu bệnh biểu mô đường tiêu hóa với 4 lớp điển hình

III. BÀN LUẬN

Dạ dày đôi là dị tật bẩm sinh rất hiếm gặp với tỉ lệ khoảng 17/100.000.000 dân và chiếm khoảng 2 - 9% tổng số bệnh nhân dị tật đường tiêu hóa đôi, tỉ lệ nam/nữ cũng khác nhau tùy theo các báo cáo.¹⁻⁴ Dạ dày đôi có thể gặp ở mọi vị trí của dạ dày nhưng hay gặp nhất là ở bờ cong lớn, phần lớn là dạng nang và không thông với dạ dày, đặc điểm này cũng giống với trường hợp của chúng tôi.^{2,5,6} Mô bệnh học của dạ dày đôi thường gặp là mô dạ dày, tụy, ít gặp hơn là niêm mạc đường hô hấp, tá tràng. Trường hợp xuất hiện cả mô dạ dày và tụy thường gây ra biến chứng như chảy máu hoặc viêm loét.^{7,8} Trường hợp của chúng tôi, mô bệnh học là niêm mạc của dạ dày và bệnh nhân đến sớm, có lẽ vì vậy nên chưa có biến chứng, triệu chứng nôn chỉ đến từ việc nang chèn ép vào lòng dạ dày. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của dạ dày đôi cũng như ruột đôi nói chung hiện còn chưa được biết rõ nhưng nhiều tác giả đồng tình với giả thuyết bao gồm những bất thường trong tái tạo ống tiêu hóa thời kỳ phôi thai.²

Bệnh thường được phát hiện chủ yếu trong năm đầu đời, chỉ 25% được phát hiện sau 12 tuổi. Các triệu chứng như đau bụng, nôn dịch vị, chướng bụng, sờ thấy khối vùng thượng vị, nhưng cũng có khi không có triệu chứng lâm sàng mà chỉ phát hiện tình cờ qua siêu âm.^{2,3} Biểu hiện lâm sàng của dạ dày đôi rất đa dạng và thường không đặc hiệu: đau bụng mơ hồ, buồn nôn, nôn, chướng bụng thượng vị, khối vùng thượng vị, bệnh nhân lớn có thể gặp khó nuốt, thiếu máu... Bệnh nhân cũng có thể có biểu hiện của các biến chứng như nhiễm trùng, xuất huyết tiêu hóa, thủng, loét, chèn ép hoặc thậm chí là ung thư hóa.⁵

Ngoài siêu âm ổ bụng ra thì chụp cắt lớp vi tính có cản quang hoặc cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ nên được thực hiện để chẩn

đoán xác định trước khi phẫu thuật.²

Tiêu chuẩn để chẩn đoán nang dạ dày đôi được nhiều tác giả đề xuất là: 1) Thành nang tiếp giáp với thành dạ dày, 2) Nang được bao quanh bởi cơ trơn, liên tục với cơ của dạ dày, 3) Thành nang được lót bởi biểu mô của dạ dày hoặc mô khác của đường tiêu hóa.^{4,5} Trường hợp của chúng tôi đáp ứng đủ các tiêu chí này, bệnh nhân là trẻ nhỏ, phát hiện sớm với dạ dày đôi dạng nang, mô bệnh học là dạ dày nên không có triệu chứng lâm sàng gì đặc biệt. Vì nang dạ dày đôi thường gặp ở bờ cong lớn dạ dày nên có thể chèn ép các cơ quan lân cận như tụy, thận, thượng thận, lách, do đó sẽ cần phân biệt dạ dày đôi với các tổn thương phát sinh từ các cơ quan này, có đến 10% các trường hợp nang dạ dày đôi chứa mô tụy dẫn tới viêm tụy và dễ chẩn đoán nhầm với nang giả tụy.⁶

Mặc dù một số phương pháp điều trị đã được báo cáo bao gồm chọc hút nang, mở hoặc cắt nang qua nội soi tiêu hóa nhưng phẫu thuật cắt nang vẫn là điều trị tiêu chuẩn để tránh các biến chứng như viêm loét, chảy máu, thậm chí là ung thư hóa.^{2,4} Tùy vào vị trí và tình hình trong mổ mà có thể cắt nang để lại thành chung với dạ dày hoặc cắt dạ dày hình chêm.²

IV. KẾT LUẬN

Dạ dày đôi là một dạng hiếm gặp của dị tật đường tiêu hóa đôi, có biểu hiện lâm sàng đa dạng và không điển hình, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ giúp chẩn đoán xác định bệnh. Phẫu thuật nội soi cắt nang là phương pháp thuận lợi, an toàn và khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lifeng Zhang, Qingjiang Chen, Zhigang Gao, Qixing Xiong, Qiang Shu. Diagnosis and treatment of gastric duplication in children: A case report. *Experimental and therapeutic medicine*. 2017;14(4):3062-3066.

2. Shinya Takazawa, Hiroo Uchida, Hiroshi Kawashima, Yujiro Tanaka, Kaori Sato, Takahiro Jimbo, Tadashi Iwanaka. Laparoscopic partial gastrectomy of a huge gastric duplication cyst in an infant. *Nagoya Journal of Medical Science*. 2015;77(1-2):291.
3. I Karnak, T Ocal, ME Senocak, F Cahit Tanyel, Nebil Büyükpamukçu. Alimentary tract duplications in children: report of 26 years' experience. *The Turkish journal of pediatrics*. 2000;42(2):118-125.
4. CM Gorsler, R Rodriguez, W Kistler, G Baumgartner. Coincidence of a ductal pancreatic cyst and a gastric duplication cyst: A case report. *European journal of pediatric surgery*. 2008;18(02):123-125.
5. P Menon, KLN Rao, AK Saxena. Duplication cyst of the stomach presenting as hemoptysis. *European journal of pediatric surgery*. 2004;14(06):429-431.
6. Takamizawa S Okamoto T, Yokoi A, Satoh S, Nishijima E. Completely isolated alimentary tract duplication in a neonate. *Pediatr Surg Int*. 2008;24:1145-1147.
7. Jeffrey L Bonacci, Marc G Schlatter. Gastric duplication cyst: a unique presentation. *Journal of Pediatric Surgery*. 2008;43(6):1203-1205.
8. Thomas C Stephen, Robert W Bendon, Hirikati S Nagaraj, Rakesh Sachdeva. Antral duplication cyst: A cause of hypergastrinemia, recurrent peptic ulceration, and hemorrhage. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 1998;26(2):216-218.

Summary

LAPAROSCOPIC CYSTECTOMY IN GASTRIC DUPLICATION CYST FOR CHILDREN: A CASE REPORT

Gastrointestinal duplication cyst is a rare congenital malformation, usually with a mucosal layer covered in the cyst. Gastric duplication cysts account for about 2 - 9% of all gastrointestinal duplication cysts. The typical clinical presentation is epigastric pain, vomiting, and palpable abdominal mass. Diagnosis is based on ultrasonography and abdominal computed tomography. The treatment method is the surgical removal of the cyst. We report the case of an 8-month-old boy who presented with vomiting and delayed weight gain, was diagnosed with gastroesophageal reflux disease at the front line with no results, and was transferred to the National Children's Hospital. Ultrasound and CT scan of the abdomen with the gastric duplication cyst. The patient was operated on by laparoscopic cystectomy. After the operation, the child was stable and breastfed about 24 hours after surgery and was released into the hospital on the 3rd day after surgery. Gastric duplication cyst is easily confused with gastroesophageal reflux and hypertrophic pyloric stenosis. Therefore, clinical examination and imaging help determine the most accurate diagnosis.

Keywords: gastric duplication cyst, laparoscopy, children.