

# PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ NANG TRỰC TRÀNG ĐÔI: BÁO CÁO CA BỆNH

Trần Anh Quỳnh<sup>✉</sup>, Bùi Văn Lâm, Lê Hoàng Long  
Hoàng Hữu Kiên, Phạm Duy Hiền, Lê Thị Dung  
Bệnh viện Nhi Trung ương

*Trực tràng đôi là một bệnh lý rất hiếm gặp với các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, không điển hình. Do đó, việc chẩn đoán và điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh trực tràng đôi với bệnh nhân nam 1 tháng tuổi, siêu âm trước sinh không phát hiện gì đặc biệt. Trẻ vào viện vì không đại tiện 10 ngày. Khám hậu môn thấy một khối ở vị trí 9 giờ với kích thước khoảng 3cm, chắc, bề mặt nhẵn, ranh giới đầy lồi thành trực tràng vào trong, gây hẹp lòng trực tràng. Trên phim cộng hưởng từ thấy khối nang dịch kích thước 3x4x5cm sát thành sau trực tràng, xuất phát từ ống tiêu hóa. Bệnh nhân được chẩn đoán nang trực tràng đôi và được tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng kết hợp đường hậu môn cắt đoạn trực tràng chứa nang trực tràng đôi. Theo dõi 3 tháng sau mổ thấy bệnh nhân có sức khỏe tốt, đại tiện bình thường, không thấy tái phát. Trực tràng đôi là một bệnh lý hiếm gặp với triệu chứng lâm sàng đa dạng và không điển hình, cần chẩn đoán và điều trị kịp thời để tránh các biến chứng. Phẫu thuật là điều trị triệt để.*

**Từ khóa:** trực tràng đôi, đường tiêu hóa đôi, trẻ em.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trực tràng đôi là bệnh lý hiếm gặp nhất trong các bệnh lý đường tiêu hóa đôi, chỉ chiếm khoảng 3 - 4% tổng số bệnh nhân đường tiêu hóa đôi, vì sự hiếm gặp này nên trên y văn Thế giới chủ yếu là báo cáo ca bệnh hoặc chàm ca bệnh.<sup>1,2</sup> Bệnh nhân có thể không có hoặc không có triệu chứng, các triệu chứng lâm sàng đa dạng và thường không điển hình như đau bụng, táo bón, mót rặn, hoặc thậm chí là bí tiểu, chảy máu trực tràng, loét, áp xe cạnh hậu môn cũng đã được báo cáo.<sup>3,4</sup> Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm, thậm chí là ung thư hóa.<sup>5,6</sup>

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 1 tháng tuổi, tiền sử mẹ và

con khỏe mạnh. Vào viện vì không đại tiện 10 ngày. Khám thấy toàn trạng trẻ ổn, bụng mềm, chướng nhẹ, thăm hậu môn thấy có một khối ở vị trí 9 giờ với đường kính khoảng 3cm, chắc, bề mặt nhẵn, ranh giới rõ, đầy lồi thành trực tràng vào trong gây hẹp lòng trực tràng. Trên phim Cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang từ thấy khối nang dịch kích thước 3x4x5cm sát thành sau trực tràng, xuất phát từ ống tiêu hóa, chạy dài từ sát rìa hậu môn đến hết trực tràng (hình 1). Bệnh nhân được chẩn đoán nang trực tràng đôi và chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi kết hợp đường qua hậu môn cắt đoạn trực tràng chứa nang trực tràng đôi. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt thông tiểu, nằm ở tư thế sản khoa có độn ở mông và nằm ngang bàn mổ. Đặt 1 troca 5mm qua rốn vào ổ bụng, sau khi bơm khí CO<sub>2</sub>, dưới kiểm soát của camera, đặt tiếp 2 troca 5mm vào ổ bụng ở đường trắng bên phải và trái thấp hơn đường ngang rốn 1cm. Tiến hành phẫu tích mạc treo trực tràng bộc lộ trực tràng thấy khối nang ở phía thành

Tác giả liên hệ: Trần Anh Quỳnh

Bệnh viện Nhi Trung ương

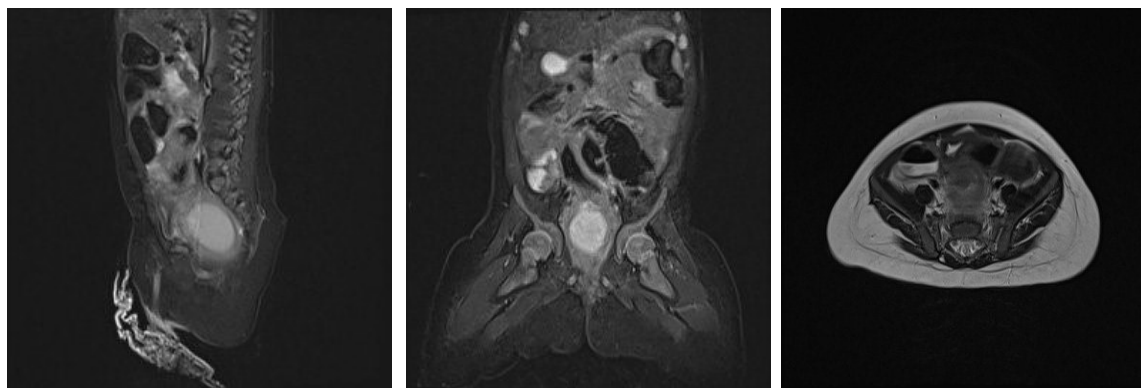
Email: tranquynh.nhp@gmail.com

Ngày nhận: 18/11/2022

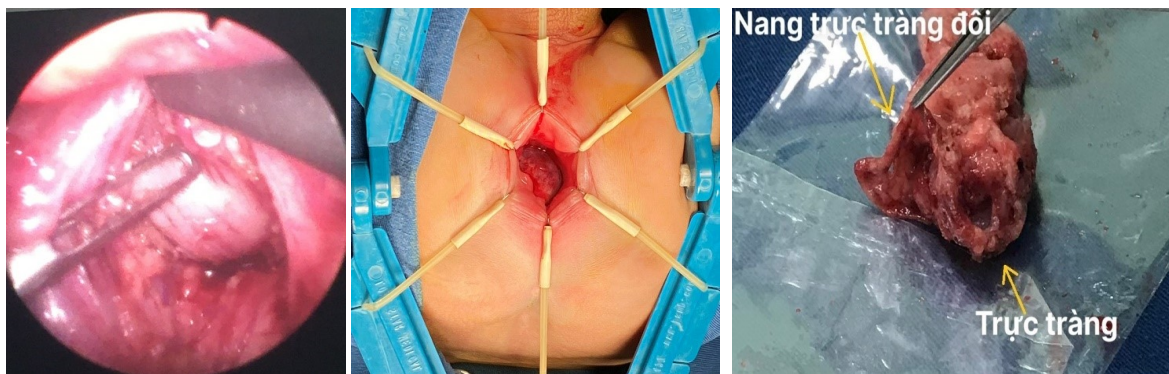
Ngày được chấp nhận: 26/11/2022

bên trực tràng (hình 2), phẫu tích xung quanh thành trực tràng xuống thấp sát cơ nâng hậu môn và kết thúc thì phẫu thuật nội soi. Xuống hậu môn dùng van Lone-Star mở rộng lỗ hậu môn thấy nang trực tràng đôi nằm sát đường lược đẩy lồi vào trong lòng trực tràng hậu môn gây hẹp (hình 3). Tiến hành phẫu tích niêm mạc ống hậu môn ngang đường lược và phẫu tích qua thanh cơ trực tràng thông với ổ bụng, đưa

phần trực tràng có nang qua lỗ hậu môn và cắt đoạn trực tràng phía trên khối nang (hình 4), nối đoạn đại tràng lành với ống hậu môn ngang mức đường lược. Đóng các lỗ trocar. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy hình ảnh nang trực tràng đôi điển hình, xung huyết, không thấy tế bào u. Theo dõi 3 tháng sau mổ thấy bệnh nhân có sức khỏe tốt, đại tiện bình thường, không thấy tái phát.



Hình 1. Hình ảnh nang trực tràng đôi trên phim chụp MRI



Hình 2. Hình ảnh qua nội soi

Hình 3. Hình ảnh qua đường hậu môn

Hình 4. Hình ảnh đại thể của tổn thương

### III. BÀN LUẬN

Các khối nang sau trực tràng có thể được phân loại theo mô bệnh học và nguồn gốc của chúng. Các loại thường gặp là teratoma, nang bì, hamartoma, nang trực tràng đôi. Trong đó nang trực tràng đôi là hiếm gặp nhất.

Đường tiêu hóa đôi lần đầu được mô tả bởi Ladd năm 1937 với 3 đặc điểm: Cấu trúc có lớp áo cơ trơn hoàn chỉnh, bên trong là lớp niêm mạc và sát đường tiêu hóa.<sup>7</sup> Bệnh lý này là kết quả của bất thường trong quá trình hình thành

của đường tiêu hóa trong thời kỳ phôi thai, ngoài ra các yếu tố nguy cơ bao gồm mẹ thiếu oxy, tai biến mạch máu, chấn thương.<sup>1</sup>

Đường tiêu hóa đôi là các tổn thương lành tính, có thể xảy ra ở mọi vị trí của đường tiêu hóa từ thực quản đến hậu môn với tỉ lệ khoảng 1/4500 trẻ. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể xảy ra các biến chứng nguy hiểm.<sup>8</sup> Trong các bệnh lý đường tiêu hóa đôi thì trực tràng đôi là hiếm gặp nhất với tỉ lệ chỉ khoảng 3 - 4% các bệnh nhân đường tiêu hóa đôi. Trực tràng đôi thường nằm ở khoang sau trực tràng, thường là dạng nang chứa dịch trong.<sup>1</sup>

Triệu chứng lâm sàng của trực tràng đôi thường phụ thuộc vào kích thước, sự liên quan với tổ chức xung quanh, tình trạng nhiễm trùng, lỗ rò, niêm mạc lạc chỗ và thoái hóa ác tính. Trực tràng đôi có thể gây nhiều triệu chứng không đặc hiệu như chảy máu, nhiễm trùng, rò tầng sinh môn, khối giả polyp trực tràng, sa trực tràng hoặc các triệu chứng của khối choán chỗ như táo bón, mót rặn và đau khi đại tiện. Loét cơ thắt do niêm mạc dạ dày lạc chỗ trong trực tràng đôi cũng đã được báo cáo.<sup>5,6</sup>

Chẩn đoán trực tràng đôi dựa vào triệu chứng cơ năng, thăm trực tràng và phim chụp CT/MRI. Cần phân biệt với các tổn thương khác vùng cùng cụt mà hay gặp là các khối u.<sup>1,2</sup> Trong trường hợp của chúng tôi, khi khám lâm sàng chúng tôi nghĩ nhiều tới khối u quái vùng cùng cụt vì đây là bệnh lý thường gặp hơn ở trẻ nhỏ, tuy nhiên kết quả chụp cộng hưởng từ lại khá rõ ràng hình ảnh trực tràng đôi.

Điều trị trực tràng đôi là điều trị ngoại khoa. Mục tiêu là cắt bỏ tổn thương và đảm bảo chức năng đại tiện cho bệnh nhân. Lựa chọn đường mổ phụ thuộc vào vị trí giải phẫu và sở thích của phẫu thuật viên. Đường mổ thường được sử dụng là đường sau trực tràng, đường qua hậu môn. Gần đây, đường mổ nội soi cũng đã

được thực hiện.<sup>8</sup> Một số bệnh nhân có thể cần làm hậu môn nhân tạo trong trường hợp nang lớn hoặc có biến chứng.<sup>1</sup> Trong trường hợp của chúng tôi, nang trực tràng đôi nằm sau trực tràng, dài từ đường lược đến hết trực tràng nên chúng tôi chọn cách tiếp cận bằng nội soi kết hợp đường qua hậu môn để phẫu thuật cắt bỏ được thuận lợi.

#### IV. KẾT LUẬN

Trực tràng đôi là một bệnh lý rất hiếm gặp với triệu chứng lâm sàng đa dạng và không điển hình, cần chẩn đoán và điều trị kịp thời để tránh các biến chứng. Phẫu thuật là điều trị tiêu chuẩn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Russell W, Holcomb III W. Alimentary tract duplications, Holcomb and Ashcraft's Pediatric surgery. 7th ed. Elsevier. 2020;629-40.
2. Karaman I, Karaman A, Arda A, Cakmak O. External cystic rectal duplication: An unusual presentation of rectal duplication cyst. *Singapore medical journal*. 2007;48(11):e287-8.
3. Fernando M C, Tarcisio P A, Jorge D S, Vicente S G. Endoscopic ultrasonography and rectal duplication cyst in an adult. *Endoscopic Ultrasound*. 2017;6(5):336.
4. Susan J, Pradeep J N, Tarun J J, et al. Enteric duplication in children: Experience from a tertiary center in South India. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*. 2015;20(4):174.
5. Johannes S, Jürgen S, Michael E H. Experience with gastro-intestinal duplications in childhood. *Langenbeck's archives of surgery*. 2000;385(6):402-405.
6. Amjad P, Roger JG, Michael J L, et al. A rare case of adenocarcinoma arising within a duplication cyst of the rectum: Curative excision with 9-year follow-up. *Annals of*

*The Royal College of Surgeons of England.*  
2005;87(5):W8.

7. Ladd WE. Duplications of the alimentary tract. *Sth Med J.* 1937;30:363-371.

8. Charles W H, Stanley T L, Mauricio A E, et al. Laparoscopic excision of a newborn rectal duplication cyst. *Journal of pediatric surgery.* 2008;43(8):1572-1574.

## Summary

# LAPAROSCOPIC CYSTECTOMY IN RECTAL DUPLICATION CYST FOR CHILDREN: A CASE REPORT

Rectal duplication cysts are very rare congenital anomalies with poor, atypical clinical symptoms. Therefore, the diagnosis and treatment are still difficult. We report a case of Rectal duplication cysts in a 1-month-old male patient whose prenatal ultrasonography was unremarkable. The child was admitted to the hospital because he had not had a bowel movement for 10 days. Anal examination revealed a mass at the 9 o'clock position with the size of about 3cm, firm, smooth surface, and border pushed protruding rectal wall inward, causing the rectal lumen to narrow. On magnetic resonance imaging, a 3x4x5cm fluid cyst was found close to the posterior wall of the rectum, originating from the gastrointestinal tract. The patient was diagnosed with rectal duplication cysts and underwent laparoscopic surgery combined with transanal resection of the rectal duplication cysts. Follow-up 3 months after surgery showed that the patient was in good health, with normal bowel movements. Rectal duplication cyst is a rare disease with diverse and atypical clinical symptoms, requiring prompt diagnosis and treatment to avoid complications. Surgery is the definitive treatment.

**Keywords:** rectal duplication cyst, gastrointestinal duplication cyst, children.