

XOẮN LÁCH LẠC CHỖ: NGUYÊN NHÂN ĐAU BỤNG HIẾM GẶP

Nguyễn Thị Xoan[✉], Ngô Văn Ngân, Nguyễn Hoàng Thịnh
Quản Thị Bích Thìn, Nguyễn Duy Trinh, Nguyễn Xuân Hiền

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Lách lạc chỗ là một bệnh lý hiếm gặp, khi lách không ở vị trí giải phẫu bình thường do thiếu hoặc lỏng lẻo dây chằng treo. Nguyên nhân có thể là bẩm sinh hoặc mắc phải. Xoắn lách, nhồi máu lách, vỡ lách là các biến chứng thường gặp. Trẻ nữ 13 tuổi đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội trong tình trạng đau bụng từng cơn vùng hố chậu trái kèm nôn cách 1 ngày. Siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc cản quang có hình ảnh xoắn lách lạc chỗ. Trẻ được phẫu thuật nội soi cấp cứu bảo tồn lách. Xoắn lách cấp tính là một tình trạng bệnh lý cực kỳ hiếm gặp với đặc điểm lâm sàng của đau bụng cấp tính. Một số trường hợp có thể biểu hiện đau mạn tính hoặc khối ở bụng. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Phẫu thuật cắt hay bảo tồn lách tùy thuộc vào tình trạng của lách khi mổ. Chẩn đoán và can thiệp kịp thời giúp giảm biến chứng và tăng khả năng bảo tồn lách.

Từ khóa: Lách lạc chỗ, xoắn lách, đau bụng, cắt lách, bảo tồn lách.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách lạc chỗ là một bệnh lý hiếm gặp (dưới 0,2%), do sự thay đổi vị trí giải phẫu bình thường của lách, đặc trưng bởi sự di động quá mức của lách do cuống lách quá dài và thiếu dây chằng cố định.¹

Biểu hiện lâm sàng của lách lạc chỗ rất đa dạng, từ khối u ở bụng không triệu chứng đến tắc ruột hoặc đau bụng cấp tính cần can thiệp phẫu thuật cấp cứu. Chẩn đoán có thể là tình cờ ở những bệnh nhân không có triệu chứng. Trong các trường hợp có triệu chứng, bệnh nhân có thể đau bụng cấp tính với các tình trạng bệnh lý thường gặp như xoắn, nhồi máu lách, vỡ lách. Siêu âm Doppler màu, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có tiêm thuốc cản quang thường được sử dụng trong chẩn đoán. Điều trị lách lạc chỗ phụ thuộc vào biểu hiện lâm sàng, tình trạng mạch máu, kích thước và chức năng của lách. Cắt lách là phương pháp điều trị được

lựa chọn cho các trường hợp có biến chứng.^{2,3}

Chẩn đoán sớm và can thiệp sớm có vai trò giảm các biến chứng nguy hiểm của lách lạc chỗ. Dưới đây, chúng tôi trình bày một ca lâm sàng trẻ nữ 13 tuổi bị đau bụng cấp tính do xoắn lách lạc chỗ được phẫu thuật cấp cứu bảo tồn lách tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trẻ nữ 13 tuổi có tiền sử tháo xoắn dạ dày lúc 16 tháng. Đợt này, trẻ đau bụng cách 1 ngày, đau bụng vùng hố chậu trái, đau từng cơn kèm nôn, không sốt, đại tiểu tiện bình thường, không có tiền sử chấn thương, được đưa đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội. Qua thăm khám lâm sàng, có khối vùng hố chậu trái và hạ vị kích thước khoảng 8cm, bờ rõ, mật độ chắc, di động được, ấn đau nhói. Các xét nghiệm máu cơ bản có kết quả bình thường.

Trên siêu âm ổ bụng, không quan sát thấy hình ảnh lách ở vị trí hố lách bình thường thay vào đó nằm ở vùng hố chậu trái và tiểu khung, cấu trúc âm đều, còn tưới máu trên siêu âm Doppler màu, xung quanh có dịch. Kích thước

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Xoan

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

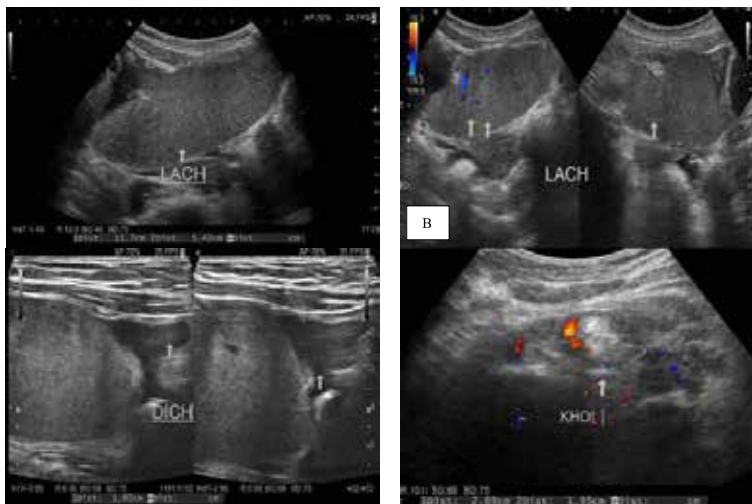
Email: ntxoan.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 29/08/2023

Ngày được chấp nhận: 18/09/2023

dọc lách 117mm, tăng kích thước so với kích thước dọc lách trẻ cùng lứa tuổi (97mm). Nằm phía trên lách có cấu trúc tăng âm không đồng

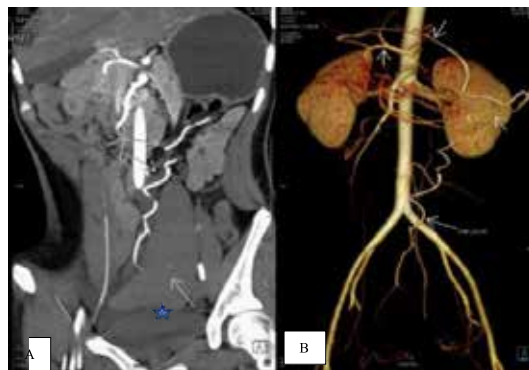
nhất kích thước 27x20mm, ngoại vi còn thấy tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler màu (Hình 1).



Hình 1. Siêu âm ổ bụng

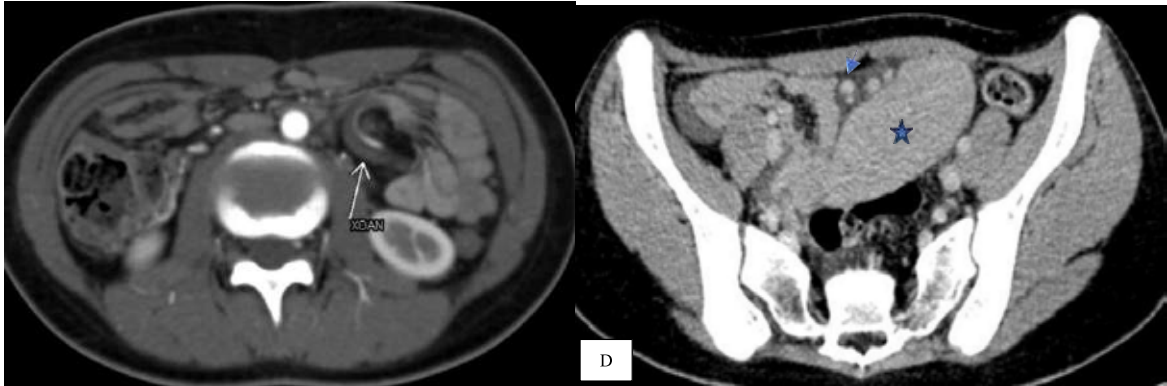
- A. Lách nằm ở tiểu khung, cấu trúc âm đều, kích thước tăng, dọc lách 117mm
- B. Lách nằm ở tiểu khung, cấu trúc âm đều, còn tưới máu trên siêu âm Doppler màu (mũi tên)
- C. Dịch quanh lách (mũi tên)
- D. Cấu trúc tăng âm phía trên lách (mũi tên), có tín hiệu mạch ở ngoại vi

Cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc cản quang có hình ảnh lách lạc chỗ nằm trong hố chậu trái và tiểu khung. Cuống mạch lách dài, chạy vòng ở mặt trước dạ dày, xoắn 720° tạo dấu hiệu “xoáy nước” kích thước 20x27mm trên đoạn dài 38mm. Động mạch lách biến thể xuất phát từ động mạch gan chung, còn ngấm thuốc tốt. Tĩnh mạch lách ngấm thuốc chậm thì tĩnh mạch, ngấm thuốc đều ở thì muộn, không thấy huyết khối. Nhu mô lách ngấm thuốc chậm thì động mạch và mất hình ảnh ngấm thuốc hình da báo của lách bình thường thì động mạch, ngấm thuốc tăng dần và đồng nhất ở thì tĩnh mạch và thì muộn. Thâm nhiễm kèm dịch quanh lách và trong cuống mạch lách (Hình 2a, 2b).



Hình 2a . Cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc cản quang

- A. Lách to (hình sao) nằm trong tiểu khung cuống lách dài (mũi tên)
- B. Động mạch lách dài, ngấm thuốc tốt, xuất phát từ động mạch gan chung (mũi tên)



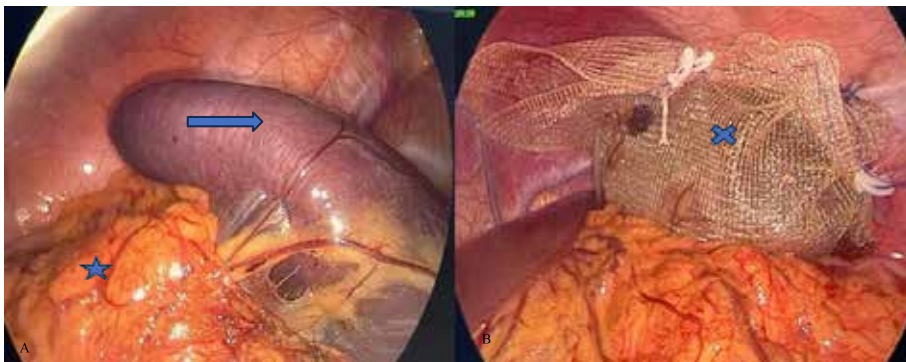
Hình 2b . Cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc cản quang

C. Dấu hiệu “xoáy nước” do xoắn cuống lách(mũi tên)

A, D. Nhu mô lách (hình sao) và tĩnh mạch lách (mũi tên) ngấm thuốc kém thì động mạch và tĩnh mạch (A), ngấm thuốc đồng nhất ở thì muộn (D)

Trẻ được phẫu thuật nội soi cấp cứu. Quá trình phẫu thuật ghi nhận lách to, màu tím, ứ máu, sa xuống hố chậu trái và tiểu khung, được mạc nối lớn phủ lên. Cuống lách dài bị kéo căng, tĩnh mạch lách giãn to, xoắn bán phần.

Trẻ được tháo xoắn gỡ dính lách khỏi các dây chằng xung quanh và mạc nối lớn, sau đó được tạo hình túi bằng 2 tấm lưới nhân tạo prolene, cho lách vào túi, khâu treo cố định lách về vào thành bụng trước bên bên trái (Hình 3).



Hình 3. Hình ảnh phẫu thuật cố định lách

A. Lách (mũi tên) to, màu tím, ứ máu, được mạc nối lớn (hình sao) phủ lên (ảnh đã gỡ mạc nối)

**B. Lách được tạo hình túi bằng tấm lưới nhân tạo (hình x),
khâu treo cố định về vị trí giải phẫu bình thường**

Siêu âm ổ bụng sau phẫu thuật, lách nằm ở vị trí hố lách, cấu trúc âm đều, tưới máu bình

thường trên siêu âm Doppler màu (Hình 4). Trẻ ổn định, được xuất viện sau 5 ngày.



Hình 4. Hình ảnh siêu âm sau phẫu thuật

Lách nằm ở hạ sườn trái, có tưới máu trên siêu âm Doppler màu, cấu trúc âm đều.

IV. BÀN LUẬN

Lách lạc chỗ được phân thành 2 nhóm: bẩm sinh và mắc phải. Trong đó, nhóm bẩm sinh thường do thiếu sản dây chằng lách, cuống lách dài do bất thường trong quá trình phát triển của mạc treo dạ dày lưng. Nhóm mắc phải thường gặp ở nữ giới, do tác động của nội tiết tố thay đổi hay thành bụng nhỏ, giãn dây chằng lách, hoặc có thể do mang thai nhiều lần.¹ Trong ca bệnh của chúng tôi, khả năng là do nguyên nhân bẩm sinh với cuống lách dài và tiền sử xoắn dạ dày đã được mổ tháo xoắn. Xoắn lách lạc chỗ đi kèm với xoắn dạ dày, xoắn đuôi tụy là thường gặp nhất, hiếm gặp hơn là lách lạc chỗ có thể dính và gây xoắn các tạng lân cận khác trong ổ bụng.⁴

Xoắn lách lạc chỗ là tình trạng hiếm gặp (dưới 0,2%) với ít hơn 600 ca trong y văn, chiếm 0,002% trường hợp cắt lách. Trẻ em chiếm 1/3 tổng số ca với 70% dưới 10 tuổi.^{2,5} Các ca được báo cáo dưới ca bệnh hoặc chàm ca bệnh, hiện chưa có nghiên cứu về xoắn lách lạc chỗ. Khoảng 80% các ca được báo cáo phải cắt lách, 80% các ca phẫu thuật mổ mở.⁶ Tại Việt Nam, có 15 ca lâm sàng xoắn lách lạc chỗ đã được báo cáo dưới dạng báo cáo hội nghị và bài báo, trong đó 14/15 ca phải cắt lách.

Xoắn lách có thể cấp tính, gián đoạn hoặc mạn tính với đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất. Biểu hiện lâm sàng từ không triệu chứng đến các đau bụng cấp tính tùy thuộc vào mức độ xoắn và các biến chứng. Xoắn đột ngột có thể dẫn đến đau bụng cấp với các biến chứng nghiêm trọng như nhồi máu, vỡ, áp xe... với tỷ lệ tử vong 50%, lâm sàng có thể nhầm với viêm ruột thừa hay xoắn buồng trứng. Xoắn lách gián đoạn hoặc mạn tính với sự tắc nghẽn dòng máu không hoàn toàn có thể dẫn đến lách to tắc nghẽn và các triệu chứng khác do hiệu ứng khối.^{2,3}

Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là phương pháp thường được sử dụng trong chẩn đoán xoắn lách lạc chỗ. Trên siêu âm B-mode, lách thay đổi vị trí và có thể nằm bất kỳ vị trí nào trong ổ bụng, thường ở hạ sườn trái, hố chậu trái, tiểu khung. Lách to, cấu trúc âm có thể đều hay không đều do tắc nghẽn tĩnh mạch. Nhồi máu có thể khó xác định trên siêu âm do hình dạng và cấu trúc âm thay đổi tùy thuộc vào thời gian và mức độ xoắn. Nhồi máu thường ở ngoại vi, giảm âm và hình chêm nhưng cũng có thể đồng âm nếu xoắn mới xảy ra. Trên siêu âm Doppler màu, chúng ta sẽ quan sát thấy mất một phần hoặc toàn bộ dòng chảy trong nhu mô cũng như rốn lách. Xoắn cuống lách có thể tạo ra dấu hiệu “xoáy nước” và tuần hoàn bàng hệ thứ phát đổ vào tĩnh mạch cửa do tắc tĩnh mạch lách mạn tính. cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là một kỹ thuật chính xác để chẩn đoán lách lạc chỗ và các biến chứng trong hầu hết các trường hợp. cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang cung cấp thông tin về vị trí, mối liên quan với các tạng, ngấm thuốc của mạch máu và nhu mô lách. Đặc điểm gợi ý bao gồm không thấy hình ảnh lách ở vị trí bình thường, lách to. Lách có thể ngấm thuốc kém toàn bộ hoặc một phần, là dấu hiệu gián tiếp của xoắn cuống lách và

nhồi máu thứ phát. Dấu hiệu “xoáy nước” có độ đặc hiệu cao gợi ý xoắn của cuộn lách lạc chỗ. Dấu hiệu này do sự xuất hiện của các nếp phức mạc dày lên và mỡ sắp xếp theo hình xoắn ốc bao bọc các mạch máu lách. Lách lạc chỗ bị nhồi máu hoàn toàn, không ngấm thuốc hoặc có viền ngấm thuốc ngoại vi, có thể bị nhầm lẫn với tổn thương dạng nang. Mạch máu cuống lách tăng tỷ trọng trên cắt lớp vi tính không cần quang gợi ý huyết khối. Dịch và thâm nhiễm mỡ quanh lách thường xuất hiện trong trường hợp xoắn.⁷ Trong ca lâm sàng của chúng tôi, cắt lớp vi tính có dấu hiệu hình ảnh gợi ý xoắn cuống mạch lách gây thiếu máu tĩnh mạch của nhu mô lách lạc chỗ.

Phẫu thuật là tiêu chuẩn vàng trong điều trị xoắn lách lạc chỗ. Cố định lách và cắt lách là hai phương pháp được áp dụng phụ thuộc vào tình trạng của lách. Phẫu thuật cố định đối với lách chưa có biến chứng. Cắt lách được đặt ra khi có biến chứng như nhồi máu, vỡ lách, áp xe, chèn ép, chứng tăng hoạt động của lách.^{8,9} Theo y văn, 80% các ca phải cắt lách, chủ yếu do hoại tử lách.⁵ Trong ca lâm sàng của chúng tôi, trẻ được chẩn đoán sớm và kịp thời khi động mạch lách còn ngấm thuốc tốt, lách bị ứ máu do xoắn tĩnh mạch, không có nhồi máu nên được tiến hành phẫu thuật cấp cứu cố định lách. Đối với các trường hợp lách lạc chỗ chưa có biến chứng, phẫu thuật dự phòng bằng phương pháp bảo tồn cố định lách nên được tiến hành do biến chứng của lách lạc chỗ có thể xuất hiện trong 56 - 65%.⁹ Có thể khâu treo bao lách trực tiếp vào cơ hoành bằng chỉ không tiêu, cố định rốn lách vào thành sau ổ bụng, tạo túi từ phúc mạc sau bên vào thành sau...¹⁰⁻¹² Phương pháp khâu treo cố định lách bằng tấm lưới nhân tạo vào mặt dưới cơ hoành giúp cố định lách vào vị trí giải phẫu bình thường tránh xoắn lách tái phát, đồng thời giảm biến chứng trong và sau mổ do không thao tác

nhieu vào mạch máu rốn lách.¹⁰ Phẫu thuật bảo tồn cố định lách là phương pháp tối ưu được lựa chọn giúp bảo tồn chức năng của lách và tránh các biến chứng sau cắt lách như nhiễm trùng, huyết khối... Sau cắt lách, do tỉ lệ nhiễm trùng 30 - 60% nên tất cả bệnh nhân cần được tiêm phòng phế cầu, não mô cầu, Haemophilus influenzae.¹

V. KẾT LUẬN

Xoắn lách lạc chỗ là tình trạng bệnh lý hiếm gặp. Với các bệnh nhân đau bụng với sờ thấy khối ở bụng, xoắn lách lạc chỗ nên được xem như chẩn đoán phân biệt. Siêu âm có thể nghi ngờ lách lạc chỗ khi có khối trong ổ bụng và không quan sát thấy lách ở hố lách. Cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được ưu tiên khi nghi xoắn lách lạc chỗ. Chẩn đoán sớm, hồi sức nhanh chóng và can thiệp phẫu thuật kịp thời đóng một vai trò quan trọng trong việc bảo tồn lách và ngăn ngừa các biến chứng đe dọa tính mạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Department of minimal access and general surgery, MP Birla Hospital and Research Center, Chittorgarh, India, Bairwa B Lal, Gupta S, Department of Medicine, DR. D. Y. Patil Medical College and Hospital, Kolhapur, India, Singh AK, Department of Radiodiagnosis, MP Birla Hospital and Research Center, Chittorgarh, India. Wandering spleen with torsion: a rare cause of acute abdomen in a 14-year-old girl. *Arch Clin Cases*. 2022; 9(2):56-61. doi:10.2255/1/2022.35.0902.10204.
2. Borsani O, Braschi-Amirfarzan M, Boveri E, Rumi E. Wandering Spleen: An Unusual Cause of Recurrent Abdominal Pain. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2023; 21(5): A19-A20. doi:10.1016/j.cgh.2022.11.003.

3. Ahmed M, Nasir M, Negash A, Haile K. Wandering Spleen with Splenic Torsion: Unusual Cause of Acute Abdomen. *Int Med Case Rep J.* 2022; 15:625-630. doi:10.2147/IMCRJ.S388271.
4. Shen MR, Barrett M, Waits S, Williams AM. Wandering spleen leading to splenic torsion with gastric and pancreatic volvulus. *BMJ Case Rep.* 2021; 14(1): e235918. doi:10.1136/bcr-2020-235918.
5. Masroor M, Sarwari MA. Torsion of the wandering spleen as an abdominal emergency: a case report. *BMC Surg.* 2021; 21(1): 289. doi:10.1186/s12893-021-01289-x.
6. Bough GM, Gargan KE, Cleeve SJ, Farrell S. Diagnosis, management and outcome of splenic torsion; a systematic review of published studies. *The Surgeon.* 2022; 20(5): e296-e305. doi:10.1016/j.surge.2021.08.006.
7. Parada Blázquez MJ, Rodríguez Vargas D, García Ferrer M, Tinoco González J, Vargas Serrano B. Torsion of wandering spleen: radiological findings. *Emerg Radiol.* 2020; 27(5): 555-560. doi:10.1007/s10140-020-01786-1.
8. Sumer F, Okut G, Kaplan K, Gunes O, Kayaalp C. Laparoscopic Splenopexy Due to Wandering Spleen: Feasible Technique. *Cureus.* 2022; 14(2): e22597. doi:10.7759/cureus.22597.
9. Wang Z, Peng C, Wu D, Wang K, Chen Y. Diagnosis and treatment of splenic torsion in children: preoperative thrombocytosis predicts splenic infarction. *BMC Pediatr.* 2022; 22(1): 440. doi:10.1186/s12887-022-03484-y.
10. Bar-Maor JA, Sweed Y. Treatment of intermittent splenic torsion in polysplenia syndrome and wandering spleen by splenopexy. *Pediatr Surg Int.* 1989; 4(2). doi:10.1007/BF00181853.
11. Stringel G, Soucy P, Mercer S. Torsion of the wandering spleen: Splenectomy or splenopexy. *J Pediatr Surg.* 1982; 17(4): 373-375. doi:10.1016/S0022-3468(82)80492-2.
12. Seashore JH, McIntosh S. Elective splenopexy for wandering spleen. *J Pediatr Surg.* 1990; 25(2): 270-272. doi:10.1016/0022-3468(90)90438-F.

Summary

WANDERING SPLENIC TORSION: A RARE CAUSE OF ABDOMINAL PAIN

Wandering spleen is a rare condition and defined as the spleen is not in its normal anatomical position due to lack or laxity of suspensory ligaments. Etiological factors are congenital and acquired. Splenic torsion, infraction, and rupture are common complications. A 14-year-old girl patient presented to Tam Anh General Hospital in Hanoi with intermittent abdominal pain in the left iliac fossa and vomiting for 1 day. Ultrasonography and computed tomography of the abdomen with contrast injection showed wandering splenic torsion. The child underwent emergency laparoscopic splenopexy. Acute wandering splenic torsion is a rare condition with clinical features of acute abdominal pain. Some cases may present with chronic pain or abdominal mass. Radiological studies have an important role in an accurate diagnosis. Surgery for splenopexy or splenectomy depends on the condition of the spleen during surgery. Timely diagnosis and interventions are crucial to prevent complications of wandering spleen.

Keywords: Wandering spleen, splenic torsion, abdominal pain, splenectomy, splenopexy.