

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỤY ĐÔI, ỐNG TỤY PHỤ CÓ SỎI, GIÃN DẠNG NANG

Diagnosis and treatment pancreas divisum together calculi and cystic dilatation of the accessory duct

Đoàn Tiến Lưu, Bùi Văn Lệnh*, Kim Văn Vụ**

SUMMARY

A patient, 46 year old, female, with abdominal pain, was admitted to Hospital of Hanoi medical university. Divisum pancreas was diagnosed in MR image and in operation, the accessory pancreatic duct was largely dilated which formed a cyst in the pancreatic head with some calculi inside.

Divisum pancreas is a common congenital abnormality of the pancreatic ducts. The human embryo starts life with two ducts in the pancreas; the ventral duct and the dorsal duct. In more than 90% of the embryos, the dorsal and the ventral ducts will fuse to form one main pancreatic duct. The main pancreatic duct will join the common bile duct and drains into the duodenum through the major papilla. In approximately 10% of embryos, the dorsal and the ventral ducts fail to fuse. Failure of the ventral and the dorsal pancreatic ducts to fuse is called pancreas divisum. In pancreas divisum, the ventral duct drains into the major papilla, while the dorsal duct drains into a separate minor papilla. In patients with divisum pancreas, the majority of the pancreatic secretions pass through dorsal duct and the minor papilla (instead of the major papilla) that can result in inadequate drainage and pain caused by obstruction. And this obstruction may be the cause of acute pancreatitis, chronic pancreatitis and pancreatic lithiasis.

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy đôi là một biến thể giải phẫu do không có sự hợp nhất của hai hệ thống ống của mầm tụy lưng và mầm tụy bụng, hệ thống ống của tụy lưng đổ vào nhú tá nhỏ, hệ thống ống của tụy bụng sẽ đổ vào nhú tá lớn. Phần lớn dịch tụy của tụy đôi đổ qua nhú tá bé có kích thước nhỏ, đồng thời ống tụy phụ dễ bị hẹp nên dịch mật bị ứ trệ, nguy cơ viêm tụy, sỏi tụy của tụy đôi cao hơn so với tụy bình thường [1,2,3]. Đã có nhiều bài báo trong và ngoài nước mô tả trường hợp viêm tụy mạn, sỏi tụy trên bệnh nhân (BN) có tụy đôi. Chúng tôi cũng mô tả một trường hợp tụy đôi có sỏi tụy trong ống tụy phụ, nhưng có điểm đặc biệt là ống tụy phụ giãn to tạo thành nang dịch lớn ở vùng đầu tụy, đây là đặc điểm chúng tôi chưa thấy mô tả trong các báo cáo.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

BN nữ 46 tuổi. Tiền sử chưa mắc bệnh gì đặc biệt, không nghiện rượu. Diễn biến bệnh gần một năm trước khi vào viện với đau âm ỉ vùng thượng vị nhiều đợt, mỗi đợt kéo dài khoảng 7 - 10 ngày, sau ăn cảm giác đầy bụng khó tiêu, không sốt, không nôn, không có rối loạn phân. Các đợt đau tăng dần BN vào Bệnh viện Đại học Y Hà Nội khám.

Khám toàn trạng BN tỉnh táo, thể trạng gầy, không sốt, không thấy hội chứng nhiễm trùng, không thấy hội chứng tắc mật...Khám bụng nghi ngờ có khối vùng thượng vị, chắc, không di động, ấn đau, không thấy phản ứng thành bụng. Xét nghiệm công thức máu: số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, tỉ lệ bạch cầu trong giới hạn bình thường.

Xét nghiệm hóa sinh máu: điện giải máu, billirubine (toàn phần, trực tiếp, gián tiếp), men gan (sGOT, sGPT), amylaza máu có giá trị trong giới hạn bình thường.

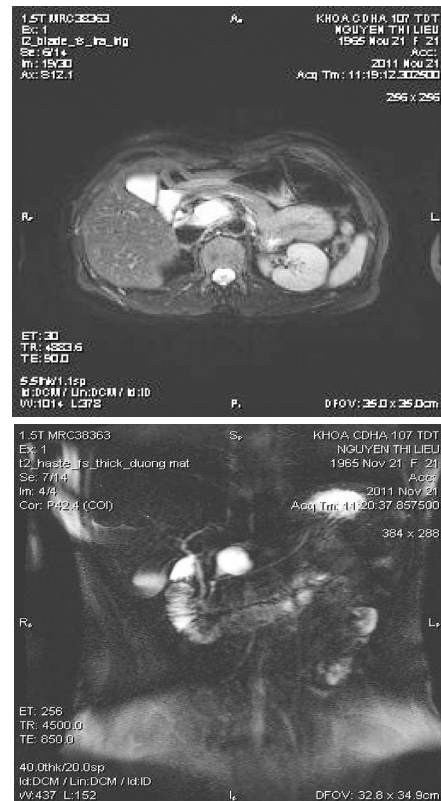
Chụp Xquang tim phổi không thấy hình ảnh bất thường.

Siêu âm bụng: có hình ảnh nang vùng đầu tụy kích thước 50 x 42mm, thành dày đều, không thấy phần tổ chức, không có vách dịch trong. Thân và đuôi tụy không thấy khối, ống tụy chính không giãn, không thấy sỏi.



Hình ảnh siêu âm nang đầu tụy

Chụp cộng hưởng từ gan mật, tụy: hình ảnh nang dịch đồng nhất, thành đều, không có vách, đường kính kích thước 48 x 40mm, nang đổ vào tá tràng, có vài sỏi nhỏ ở gần vị trí đổ vào tá tràng. Ống tụy chính không giãn, đổ vào tá tràng vị trí trên nang. Nhu mô tụy thân và đuôi tụy không thấy khối. Không thấy hình ảnh tắc mật. Chẩn đoán: giãn dạng nang ống tụy phụ do sỏi/tụy đôi.



Hình bên phải (T2W-fs-axial): Ống tụy chính không giãn, có nang đầu tụy.

Hình bên trái (T2W-haste-fs-thickslab-cornal): hình ảnh tụy đôi, nang hình bên phải là ống tụy bụng giãn, đoạn ống tụy phụ đổ về tá tràng thôn nhỏ trong có vài sỏi nhỏ, ống tụy lưng không giãn.

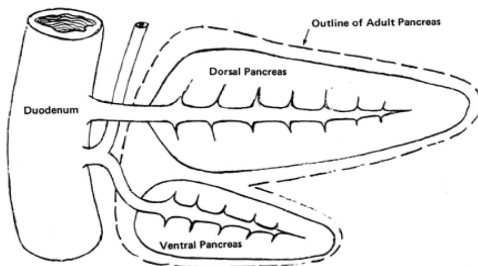
Phẫu thuật: do BN đau tái phát nhiều lần nên được chỉ định phẫu thuật, trong phẫu thuật thấy nang nằm dưới và sau đầu tụy, nang đổ vào tá tràng, ranh giới rõ, phẫu tích bóc tách ra khỏi đầu tụy và tá tràng được, tiến hành cắt nang, nang chứa dịch và vài sỏi nhỏ.

Điều trị sau phẫu thuật 10 ngày, BN không đau, siêu âm kiểm tra không thấy khối, không thấy dịch vùng đầu tụy và quanh tụy, BN được xuất viện.

III. BÀN LUẬN

1. Cơ chế bệnh sinh

Tụy đôi là một biến thể giải phẫu hay gặp của tụy, chiếm tới 5-10% dân số. Trong quá trình hình thành phôi thai, hệ thống ống của mầm tụy lưng nối liền với hệ thống ống của mầm tụy bụng tạo thành ống tụy chính đổ vào tá tràng qua nhú tá lớn. Tụy đôi xảy ra khi không có sự hợp nhất của hai hệ thống ống tụy, hệ thống ống của tụy lưng dẫn lưu dịch tụy của đuôi tụy, thân tụy và một phần đầu tụy đổ vào nhú tá nhỏ, hệ thống ống của tụy bụng sẽ dẫn lưu dịch tụy của một phần đầu tụy và móc tụy đổ vào nhú tá lớn [1,3].



Hình ảnh minh họa tụy đôi, tụy lưng phía trên, tụy bụng phía dưới hợp với ống mật chủ

Vì không có sự thông thương của hai hệ thống ống tụy nên khi có hẹp của nhú tá bé hoặc hẹp của ống tụy phụ sẽ dẫn đến ứ trệ dịch tụy gây viêm tụy, sỏi tụy. Đã có nhiều bài báo nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tụy đôi trong các BN viêm tụy, sỏi tụy cao hơn so với các BN bình thường [3].

Trường hợp chúng tôi mô tả có điểm đặc biệt là ống tụy lưng dẫn lưu phần lớn dịch tụy qua nhú tá bé không bị ứ trệ, không giãn, không có sỏi, chỉ có ống tụy bụng có sỏi gây hẹp tắc ống tụy ở vị trí đổ vào tá tràng, ống tụy bụng giãn to tạo thành nang dịch lớn. Hình ảnh nang dịch này dễ chẩn đoán nhầm với nang giả tụy vùng đầu tụy hoặc u nang vùng đầu tụy.

2. Chẩn đoán tụy đôi

2.1. Lâm sàng

Tụy đôi thường không có biểu hiện lâm sàng. Khi có biểu hiện viêm tụy, sỏi tụy thì đó là các biểu hiện lâm sàng của viêm tụy, không có biểu hiện riêng của tụy đôi.

2.2. Xét nghiệm máu

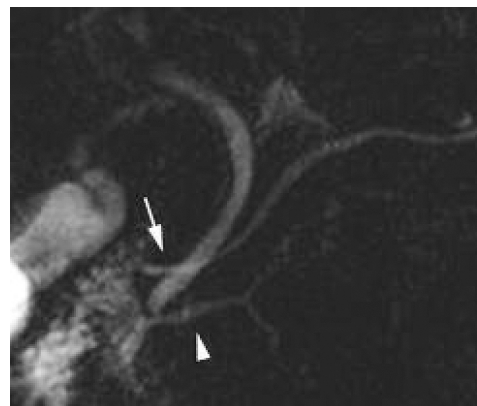
Không có biểu hiện gì bất thường hoặc có tăng men tụy amylaza khi viêm tụy cấp.

2.3. Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm: khi không có giãn ống tụy siêu âm bụng khó quan sát được hai hệ thống ống tụy, siêu âm tụy qua nội soi sẽ cho hình ảnh hệ thống ống tụy rõ ngay cả khi ống tụy không giãn. Trên siêu âm có thể quan sát thấy hai hệ thống ống tụy riêng đổ vào tá tràng, các hình ảnh của viêm tụy cấp như kích thước tụy to, nhu mô tụy không đều, bờ tụy không rõ, dịch quanh tụy hoặc thấy sỏi trong ống tụy [3].

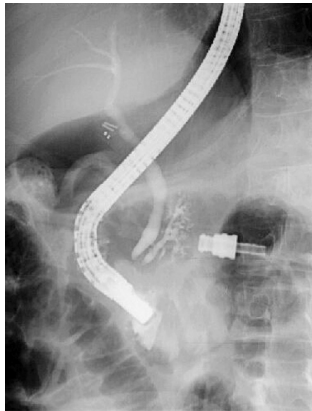
Cắt lớp vi tính ổ bụng: cũng cho thông tin hình ảnh về hệ thống ống tụy, sỏi ống tụy, đặc biệt đánh giá tốt tình trạng viêm tụy cấp, viêm tụy mạn nhưng hình ảnh của hệ thống ống tụy còn hạn chế [3].

Chụp cộng hưởng từ: đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập có giá trị chẩn đoán rất cao, trên hình ảnh chụp xung MRCP có thể quan sát rõ hệ thống đường mật trong và ngoài gan, hai ống tụy bụng và tụy lưng riêng biệt, có thể có nhánh nối thông giữa hai ống (trường hợp tụy đôi không hoàn toàn). Đối với trường hợp ống tụy giãn dạng nang như trường hợp chúng tôi mô tả, hình ảnh nang có đường đổ vào tá tràng giúp chẩn đoán phân biệt với nang giả tụy và u nang đầu tụy [2,3].



Hình ảnh MRCP: Tụy đôi với ống tụy lưng ở phía trên, ống tụy bụng ở phía dưới

Chụp ống tụy, mật ngược dòng (ERCP): đây là phương pháp chẩn đoán có giá trị cao, quan sát rõ nhất hai hệ thống ống tụy nhưng là phương pháp có tính xâm nhập [2].



Hình ảnh ERCP: Ống tụy bụng ngắn dẫn lưu dịch tụy vùng đầu tụy

3. Điều trị

Khi tụy đôi không có biểu hiện lâm sàng không điều trị. Nếu có biến chứng viêm tụy, sỏi tụy thì điều trị nội khoa. Điều trị ngoại khoa được chỉ định điều trị viêm tụy cấp có biến chứng như viêm tụy hoại tử, nang giả tụy hoặc phẫu thuật nối tụy ruột đối với một số trường hợp sỏi tụy [3].

IV. KẾT LUẬN

Tụy đôi là một biến thể giải phẫu thường gặp, không có biểu hiện lâm sàng. Nhưng nguy cơ viêm tụy cấp, viêm tụy mạn và sỏi tụy cao hơn bình thường. Ống tụy phụ có thể giãn to, đặc biệt khi có sỏi có thể giãn thành nang ở vùng đầu tụy, nhưng ống tụy chính không giãn nên có thể chẩn đoán nhầm với u nang hoặc nang giả tụy ở đầu tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deepak K Bhasin, Surinder D Rana, Mohit Nanda, Rajesh Gubpta. Ansa pancreatica type of ductal anatomy in a patient with idiopathic acute pancreatitis. *JOP. Pancreas* (online 2006); 7(3): 315-320

2. Morgan DE, Logan K, Baron TH, Koehler RE, Smith JK. *Pancreas divisum: implications for diagnostic*

and therapeutic pancreatography. *AJRAm J Roentgenol*. 1999 Jul;173(1):193-8. PMID: 10397125

3. Wendy.K Ng, Osman Tarabain MD. *Divisum pancreas: a cause of idiopathic pancreatitis*. *CMAJ*, April 28, 2009 vol. 180 no. 9 doi: 10.1503/cmaj.080446

TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ, 46 tuổi, đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội vì đau bụng. Sau thăm khám và chụp CHT phát hiện tụy đôi, có giãn ống tụy phụ dạng nang, sỏi vùng đầu tụy và được khẳng định trên phẫu thuật.

Tụy đôi là một trong các bất thường bẩm sinh của ống tụy. Ở thời kỳ bào thai, tồn tại hai ống tụy lưng và tụy bụng. Khoảng hơn 90% các trường hợp hai ống tụy này hợp với nhau ở thời kỳ bào thai để thành ống tụy chính. Ống tụy chính sau đó đổ vào ống mật chủ rồi đổ vào tá tràng qua nhú tá lớn. Có khoảng 10% các trường hợp, ở thời kỳ bào thai không có sự kết hợp hai ống tụy này và dẫn tới hình thành tụy đôi. Với các trường hợp tụy đôi, ống tụy bụng đổ vào nhú tá lớn, trong khi đó ống tụy lưng đổ vào nhú tá bé. Phần lớn các dịch tụy được tiết ra chảy vào ống tụy lưng và đổ vào nhú tá bé (mà không đổ vào nhú tá lớn như thông thường), chính vì vậy dẫn đến mất cân bằng và hậu quả tắc nghẽn và gây đau. Tắc nghẽn này có thể gây viêm tụy cấp, mạn tính và sỏi tụy.

NGƯỜI THĂM ĐỊNH: **PGS.TS Nguyễn Duy Huệ**