

LỒNG RUỘT THỪA

Case Report

Lý Văn Phái, Lê Thị Quỳnh Như*, Phạm Chí Toàn*,
Nguyễn Thiện Hùng*, Phan Thanh Hải**

SUMMARY

Appendiceal intussusception is not a common disease and is rarely diagnosed preoperatively. In our case, a 25-year-old male patient living in Ho Chi Minh City came to Medic Medical Center complaining about his epigastric abdominal pain, which lasting for 3 days. His body temperature was not high and he did not have any other symptoms. He recalled similar pain which had gone away without any treatment three months ago. Abdominal ultrasound showed abnormalities in appendix and cecum. During performing colonoscopy, we suspected appendiceal intussusception, and following computed tomography showed the images of enlarged appendix with fluid-filled lumen and signs of intussusception at the appendix base. The patient underwent an operation to remove the appendix and appendiceal intussusception was confirmed. Microscopic result was consistent with chronic appendicitis.

** Medic Medical Center,
Ho Chi Minh City, Viet Nam*

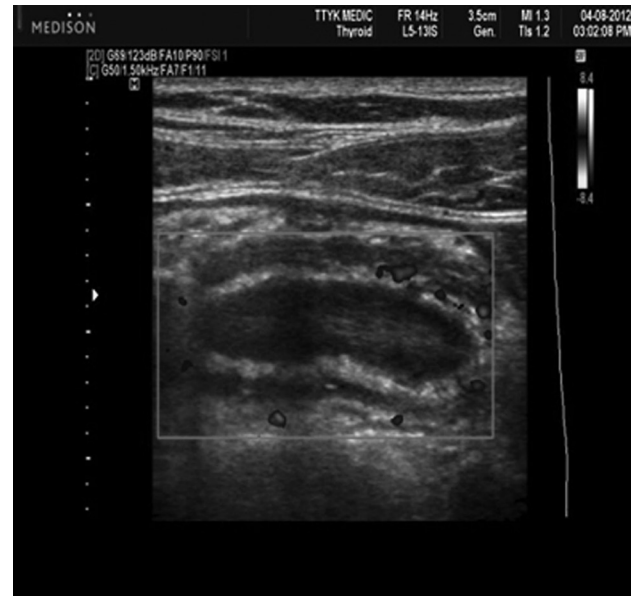
1. Giới thiệu

Lồng ruột thừa xảy ra với suất độ 0.01%. Biểu hiện lâm sàng rất thay đổi, có thể giống như viêm ruột thừa cấp hoặc chỉ đau bụng quanh rốn lập đi lập lại. Phần lớn lồng ruột thừa chỉ được chẩn đoán trong lúc mổ. Siêu âm bụng, CT.Scan, nội soi đại tràng giúp ích cho việc chẩn đoán. Phẫu thuật cắt ruột thừa là điều trị triệt để.

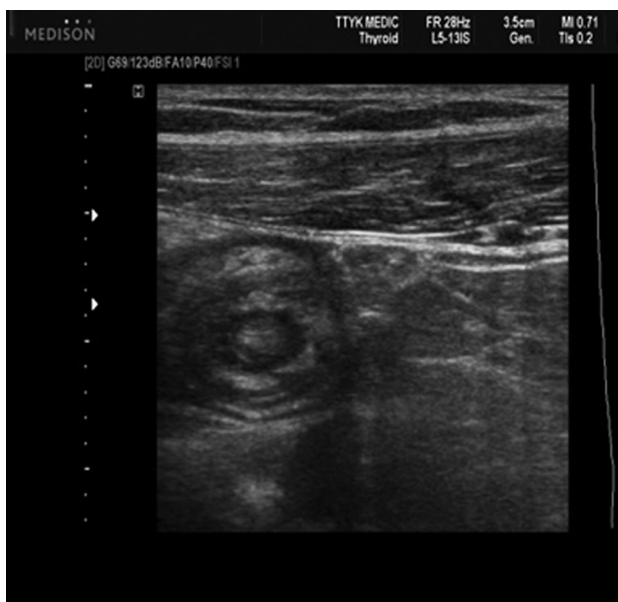
2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân nam 25 tuổi, lý do khám bệnh là đau bụng vùng thượng vị kéo dài 3 ngày, không sốt và không có bất kỳ triệu chứng gì khác như ói, tiêu chảy. Khám lâm sàng, không phản ứng phúc mạc, đau nhẹ khi ấn điểm Mac-Burney. Xét nghiệm máu bạch cầu đa nhân trung tính không tăng, phản ứng viêm (CRP) trong giới hạn bình thường. Siêu âm bụng ghi nhận ruột thừa to, khẩu kính 15mm lòng chứa dịch và tại đoạn gốc thành ruột thừa có nhiều lớp như vỏ hành (Hình 1a,b), có khối bất thường từ gốc ruột thừa nhỏ vào manh tràng (Hình 1c). Nội soi đại tràng cho thấy tại vị trí van Garlach có một khối nhô vào trong lòng manh tràng được bao phủ bởi niêm mạc manh tràng (Hình 2) gợi ý lồng ruột thừa. CT.Scan cho thấy ruột thừa to, lòng ứ dịch, vị trí lồng xảy ra tại gốc ruột thừa đẩy nhô vào lòng manh tràng.

Phẫu thuật cắt bỏ ruột được thực hiện, xác nhận ruột thừa lồng tại gốc (Hình 4). Mô học cho thấy mô sợi, sung huyết và xuất huyết tẩm nhuận tế bào viêm mạn tính bao gồm tế bào lympho và đại thực bào. Hóa mô miễn dịch: CD117 (-), NSE (-), Actine (+) (hình 5).



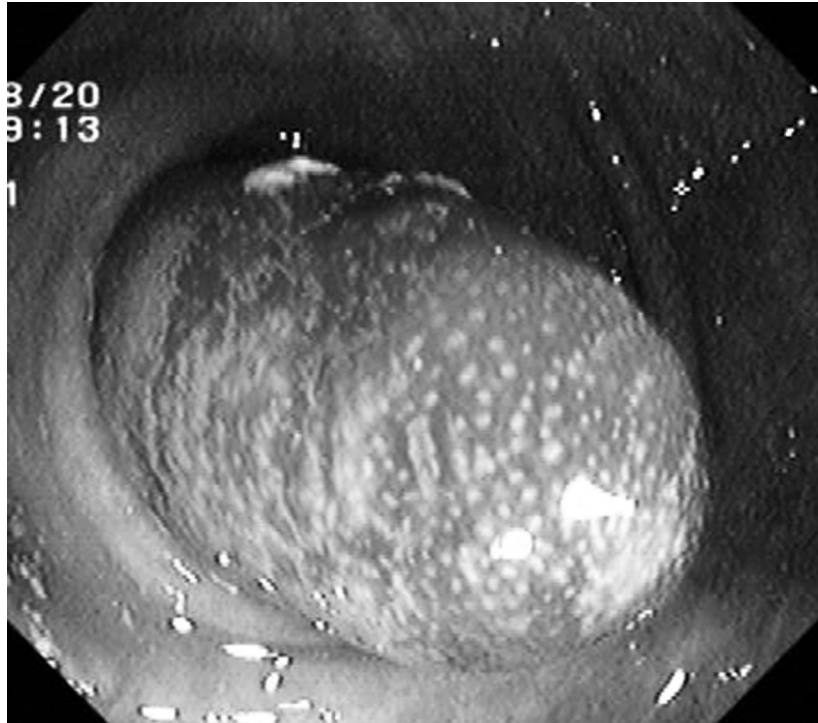
Hình 1a. Siêu âm bụng với đầu dò linear 12 MHz mặt cắt dọc cho thấy ruột thừa to.



Hình 1b. Cắt ngang đoạn gốc cho thấy ruột thừa to, có hình bia thành có nhiều lớp như vỏ hành.



Hình 1c. Mặt cắt tại gốc ruột thừa cho thấy một khối nhô vào lòng manh tràng



Hình 2. Nội soi đại tràng cho thấy tại van Garlach có khối lồi vào lòng manh tràng.



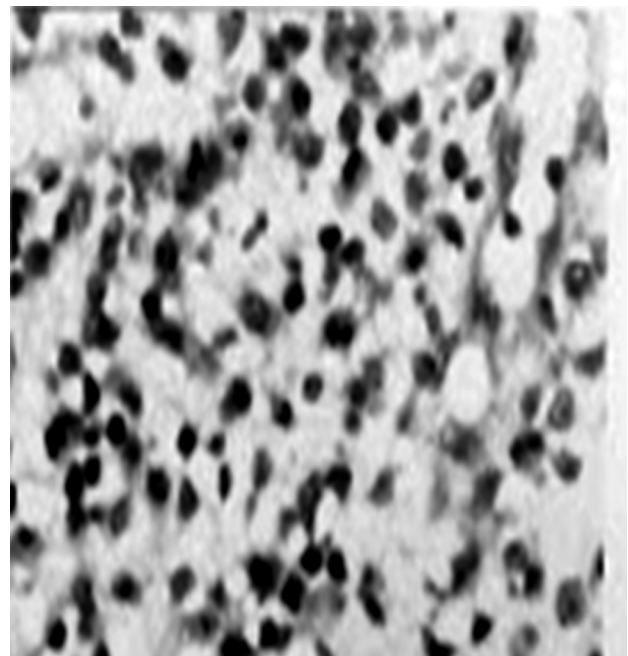
Hình 3. CT.Scan cho thấy ruột thừa to, ứ dịch, vị trí lồng xây ra tại gốc ruột thừa.



Hình 4a. Hình đại thể cho thấy một phần khối lồng.



Hình 4b. Cắt dọc ruột thừa



Hình 5. Mô học cho thấy mô sợi, sung huyết và xuất huyết tẩm nhuộm tế bào viêm mạn tính bao gồm tế bào lympho và đại thực bào. Hóa mô miễn dịch: CD117 (-), NSE (-), Actine (+).

3. Bàn luận

Lồng ruột thừa có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng tuổi trẻ chiếm ưu thế, hầu hết trẻ em dưới 10 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 4-5/1.

Theo y văn, lồng ruột thừa được chia thành 5 types:

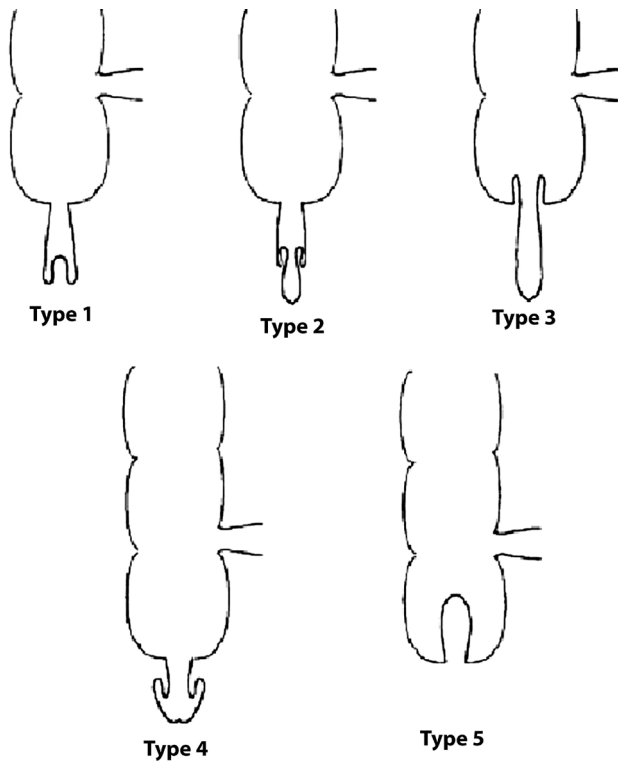
Type I: lồng xảy ra ở đầu tự.

Type II: lồng xảy ra bất kỳ điểm nào dọc theo chiều dài ruột thừa.

Type III: lồng xảy ra ở gốc ruột thừa, chỗ nối ruột thừa với manh tràng.

Type IV: lồng ngược, tức là lồng đoạn gần vào đoạn xa.

Type V: lồng hoàn toàn ruột thừa vào manh tràng .



Theo xếp loại của y văn thì bệnh nhân của chúng tôi thuộc type III.

Nguyên nhân lồng ruột thừa chưa được rõ, có nhiều giả thuyết, nhưng giả thuyết tình trạng kích thích

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Minoru Takahashi, Toshio Sawada, Takahiro Fukuda, Taiki Furugori and Hiroyuki: complete appendiceal intussusceptions induced by primary appendiceal adenocarcinoma in tubular adenoma: case report.
2. Hamid Tavakkoli, Sayed Mohammad Sadrkabar, Parvin Mahzouni: Colonoscopic diagnosis of appendiceal intussusception in a patient with intermittent abdominal pain: case report.
3. Langsam LB, Raj PK, Galang CF. Intussusception of the appendix. Dis Colon Rectum

tại chỗ gây rối loạn nhu động dẫn đến lồng xảy ra có vẻ thuyết phục nhất. Sang thương lồng ruột thừa cũng có thể dẫn đến lồng như là sỏi phân, polyp, u nhầy, lymphomas, adenocarcinomas,... Bệnh nhân của chúng tôi chưa rõ nguyên nhân lồng, nhưng có thể do tình trạng viêm mạn tính của ruột thừa gây rối loạn nhu động tại chỗ, có sự dày thành không đều giữa thân và gốc, tất cả các yếu tố này dẫn đến lồng xảy ra tại gốc và lồi vào manh tràng.

Việc chẩn đoán rất quan trọng, siêu âm và CT.Scan có thể giúp ích. Tuy nhiên nội soi đại tràng giữ vai trò quan trọng trong việc đánh giá biến chứng khối lồng cũng như phân biệt với khối u manh tràng, chẩn đoán sai lầm cho thể đưa đến biện pháp điều trị quá đà không cần thiết hoặc bỏ sót lồng ruột thừa cũng có thể dẫn đến dự hậu không tốt cho người bệnh. Điều trị thích hợp là cắt ruột thừa.

4. Kết luận

Qua bài báo cáo này, chúng tôi hi vọng sẽ giới thiệu đến các đồng nghiệp một ca lâm sàng hiếm gặp. Bằng siêu âm hay CT.Scan và kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có thể chẩn đoán được. Đôi khi cũng rất khó, chỉ chẩn đoán được trong lúc phẫu thuật.

1984; 27: 387-392.

4. Duncan JE, DeNobile JW, Sweeney WB. Colonoscopic diagnosis of appendiceal intussusception: case report and review of the literature. JSLs 2005; 9: 488-490.

5. Ram AD, Peckham C, Akobeng AK, Thomas AG, David TJ, Patel L. Inverted appendix mistaken for a polyp during colonoscopy and leading to intussusception. J Cyst Fibros 2005; 4: 203-204.

TÓM TẮT

Lồng ruột thừa là bệnh không thường gặp và hiếm khi được chẩn đoán trước mổ. Bệnh nhân của chúng tôi là nam thanh niên, 25 tuổi sống tại Thành phố Hồ Chí Minh, đến khám vì đau bụng âm ỉ vùng thượng vị kéo dài 3 ngày, không sốt. Tiền căn, đã có một lần đau tương tự xảy ra 3 tháng trước, đau tự khỏi không điều trị. Qua siêu âm bụng cho thấy có bất thường ở ruột thừa và manh tràng. Nội soi đại tràng nghi ngờ lồng ruột thừa. Sau đó, CT.Scan bụng được thực hiện, cho thấy hình ảnh ruột thừa to, lồng úr dịch và vị trí lồng xảy ra ở gốc ruột thừa. Bệnh nhân được mổ cắt ruột thừa, đại thể ruột thừa lồng tại gốc, mô học và hóa mô miễn dịch cho thấy ruột thừa viêm mạn tính.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: PGS.TS Phạm Ngọc Hoa