

TỤY LẠC CHỖ TẠI RUỘT NON VỚI BIẾN CHỨNG VIÊM HOẠI TỬ RUỘT - BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM VÀ TỔNG KẾT TRÊN Y VĂN

Ectopic pancreas in the wall of intestine complicated with necrotic and inflamed intestine: A case report and review literature

*Mai Văn Hải***, *Ngô Lê Lâm***, *Vũ Đăng Lưu***,
*Phạm Minh Thông***, *Đỗ Mạnh Cường****, *Vũ Thị Nhung*****

SUMMARY

Background: Ectopic pancreas is a rare congenital condition characterized by pancreatic tissues located outside normal of confines of pancreas and lacking any anatomic or vascular connection with main pancreas. It can occur anywhere in the gastrointestinal tract but rarely are found in small intestine. Its preoperative diagnosis is difficult because the clinical symptoms are often nonspecific. We introduce a case of ectopic pancreas in the intestinal wall complicated with necrotic and inflamed intestine, which received a treatment by resection.

Case presentation: A 44 years old man attended to Bach Mai hospital due to acute abdominal pain in epigastrium as result of gastrointestinal perforation. Contrast enhanced computed tomography (CT) of abdomen showed a mesenteric mass surrounded by inflamed fat in the left lower quadrant abdomen. In addition, CT images also suggested necrosis of the bowel wall next to the mass caused by twisting the mesentery and mesenteric vessels (whirlpool sign). The patient underwent local surgical resection and following histology revealed ectopic pancreatic tissues in the wall of intestine and necrosis of intestine.

Conclusion: Although ectopic pancreas is rare, it should be considered in the differential diagnosis of a mesenteric or intestinal mass surrounded by necrotic and inflamed intestine.

Keyword: Ectopic pancreas, mesenteric mass, intestinal mass, whirlpool sign.

** Khoa Chẩn đoán hình ảnh
BV Bạch Mai

*** Khoa Ngoại E- Bv
Bạch Mai

**** Khoa Giải Phẫu Bệnh-
BV Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy lạc chổ là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, được định nghĩa khi có sự xuất hiện của mô tụy nằm ngoài vị trí bình thường và không có mối liên kết nào về giải phẫu hoặc mạch máu với tụy chính thức. Bệnh có thể gặp ở nhiều cơ quan trong cơ thể, nhưng thường phát hiện nhiều nhất tại đường tiêu hóa trên [1]. Tụy lạc chổ thường được chẩn đoán một cách tình cờ và phần lớn bệnh nhân đến viện không có triệu chứng hoặc triệu chứng không đặc hiệu. Tuy nhiên, bệnh có thể biểu hiện các triệu chứng rầm rộ trên lâm sàng khi xuất hiện các biến chứng như: viêm, xuất huyết tiêu hóa, tắc dạ dày, tắc ruột [2] [3]; một số bài báo cũng nhắc đến u tụy lạc chổ có thể chuyển dạng thành ung thư [4] [5]. Bài báo này chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp tụy lạc chổ tại ruột non với biến chứng viêm hoại tử thành ruột.

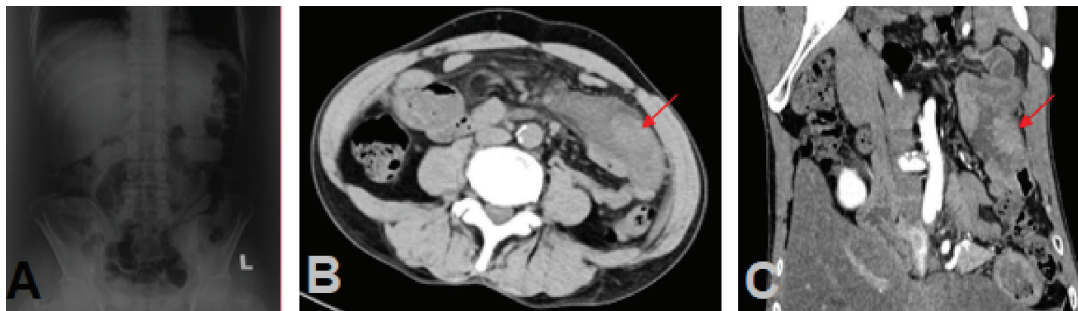
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 44 tuổi. Bệnh diễn biến cách vào viện 1 ngày, bệnh nhân đau bụng vùng thượng vị dữ dội. Không nôn, không sốt, đại tiện phân vàng khuôn. Tiền

sử bản thân uống rượu khoảng 0,5 lít/ngày trong nhiều năm. Khám lâm sàng: bụng chướng, cứng, ấn đau khắp bụng, ấn đau nhất vùng thượng vị có kèm phản ứng thành bụng. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu và hóa sinh máu: số lượng bạch cầu máu 11.76G/L, phần trăm bạch cầu đa nhân trung tính 69.7%, nồng độ Amylase 51U/L. Bệnh nhân được chỉ định chụp Xquang bụng không chuẩn bị và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang.

Hình ảnh Xquang bụng không chuẩn bị của bệnh nhân không rõ hình ảnh liềm hơi dưới hoành hoặc mức nước – hơi trong ổ bụng (Hình 1).

Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc nhận thấy một khối tỷ trọng tổ chức vị trí hạ sườn trái, ngấm thuốc đều sau tiêm, xung quanh có thâm nhiễm mỡ (Hình 1). Bên cạnh khối là hình ảnh một vài quai ruột thành dày, nghi ngờ có khí trong thành ruột và dấu hiệu xoắn mạc treo cùng với mạc mạc treo tương ứng với các quai ruột trên (dấu hiệu xoáy nước) (Hình 2).



Hình 1. Hình ảnh chụp X quang bụng không chuẩn bị (A). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang nhận thấy một khối (mũi tên) kích thước 15x30mm nằm trong mạc treo vị trí hạ sườn trái có tỷ trọng tổ chức ở thì trước tiêm (trung bình 34HU) (B), ngấm thuốc đều thì động mạch (trung bình 70HU) (C).

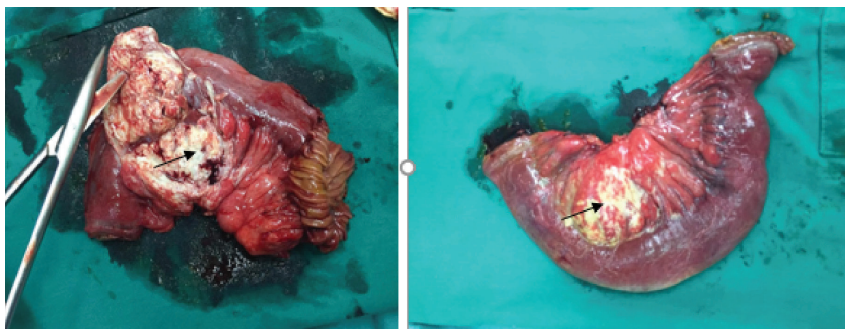


Hình 2. Hình chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang thì động mạch nghi ngờ có dày thành ruột (mũi tên vàng) và có khí trong thành ruột (mũi tên đen), kèm dấu hiệu xoắn mạc treo và hệ mạc mạc treo ruột tương ứng (dấu hiệu xoáy nước) (mũi tên đỏ).

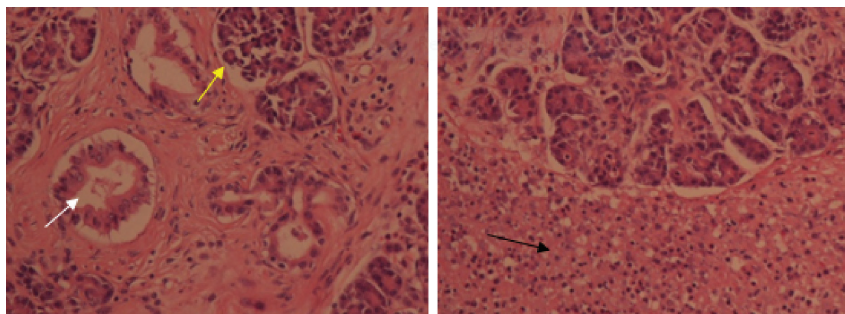
Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật đường bụng, trong mổ quan sát thấy một khối có nhiều giả mạc bao quanh nằm sát bờ mạc treo ruột cách góc Trezt khoảng 50cm. Phẫu thuật viên xử trí cắt đoạn ruột non cùng mạc treo nghi có u và nối ruột tận – tận.

Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. Trên hình ảnh đại thể: Đoạn ruột non dài 20mm, đã mờ, niêm mạc nhẵn, thanh mạc có khối kích thước 5x4x3cm, diện cắt

trắng xám, mềm ranh giới rõ (Hình 3). Trên hình ảnh vi thể: Các mảnh cắt nhận được là mô ruột non thấy có vùng niêm mạc hoại tử nhẹ; tương ứng với vùng niêm mạc thoái hóa, trong lớp đệm, lớp cơ và thanh mạc có các ống - tuyến tụy ngoại tiết lành tính đứng thành đám, ngăn cách nhau bởi dải xơ xen lẫn vùng thoái hóa hoại tử nền; không thấy tế bào ác tính (Hình 4). Kết luận: Tổn thương viêm hoại tử/Mô tụy lạc chỗ tại ruột non.



Hình 3. Hình ảnh đại thể bệnh phẩm sau mổ là một khối nằm trong thanh mạc ruột non kích thước 5x4x3cm, diện cắt trắng xám, mềm, ranh giới rõ (mũi tên).



Hình 4. Hình ảnh chụp tiêu bản mô bệnh học nhuộm HE và PAS cho thấy mảnh cắt của khối quan sát dưới hình ảnh đại thể là mô ruột non có vùng niêm mạc thoái hóa, trong lớp đệm, lớp cơ và thanh mạc có các thành phần của tụy ngoại tiết gồm tuyến chế tiết (mũi tên vàng) và ống tụy (mũi tên trắng). Các cấu trúc tụy ngoại tiết này xếp thành đám và ngăn cách nhau bởi những vùng thoái hóa hoại tử nền (mũi tên đen). Không thấy tế bào ác tính.

Hậu phẫu: bệnh nhân được điều trị giảm đau, kháng sinh. Bệnh nhân trung tiện ngày thứ 3, xuất viện sau mổ 14 ngày. Hiện tại hơn 1 tháng sau mổ, bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường.

III. BÀN LUẬN

Tụy lạc chỗ được mô tả đầu tiên bởi Schultz tại vị trí một túi thừa hồi tràng vào năm 1727[6]. Tuy nhiên người chẩn đoán đầu tiên trên hình ảnh mô bệnh học của tụy lạc chỗ là Klob vào năm 1859 [7]. Bệnh thường gặp ở nam giới từ 30 – 50 tuổi. Tỷ lệ mắc phải

khoảng 0.5 -13% [8], và gặp trong 1/500 bệnh phẩm phẫu thuật đường tiêu hóa trên [9]. Về bệnh học của tụy lạc chỗ, đến nay đã có nhiều giả thuyết được đưa ra nhưng cơ chế bệnh sinh chính xác vẫn chưa được công nhận. Nguồn gốc phôi thai học của tụy lạc chỗ được nhiều tác giả cho rằng xuất hiện trong quá trình xoay của ruột trước, khi các mảnh tụy tách khỏi thân tụy và rơi xuống vị trí lạc chỗ[10] [11]. Hang vị dạ dày là vị trí thường gặp nhất của mô tụy lạc chỗ [8]. Trái lại, ruột non lại là vị trí hiếm gặp nhất. Trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi, mô tụy lạc chỗ nằm trong thành hồng tràng.

Mô tụy lạc chỗ thường nhỏ và không biểu hiện triệu chứng. Một số ít bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nhưng không đặc hiệu, trong một nghiên cứu trên 32 trường hợp tụy lạc chỗ có triệu chứng, Pang LC nhận thấy không trường hợp nào được chẩn đoán chính xác trước mổ [12]. Khi có triệu chứng thì đau bụng là thường gặp nhất, có thể kèm theo các triệu chứng khác như sốt, đi ngoài phân đen, nôn,... Trên lâm sàng, tụy lạc chỗ có thể được phân thành nhiều type phụ thuộc vào biến chứng của bệnh như: viêm, loét, chảy máu, tắc nghẽn, chuyển dạng ung thư, thể ẩn. Chẩn đoán trước mổ bệnh lý tụy lạc chỗ vẫn còn là một thử thách rất lớn mặc dù ngày nay các phương tiện chẩn đoán hình ảnh rất phát triển và ngày càng được cải tiến. Với những mô tụy lạc chỗ tại dạ dày hay tá tràng, nội soi dạ dày – tá tràng hoặc siêu âm nội soi có thể phát hiện hai dấu hiệu đặc trưng của tụy lạc chỗ đó là: hình ảnh một khối dưới niêm mạc đẩy lùi vào phía trong cùng với rốn trung tâm [13].

Với bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi, chẩn đoán trước mổ chỉ có thể dừng lại với kết luận: Theo dõi viêm hoại tử thành ruột do xoắn mạc treo – mạc mạc treo ruột tương ứng, lân cận có khối nghi ngờ u mạc treo vị trí hạ sườn trái. Rất khó để có thể đưa ra chẩn đoán là một trường hợp ‘tụy lạc chỗ’ với biến chứng viêm hoại tử thành ruột’ vì những lý do sau:

❖ Bệnh nhập viện với triệu chứng đau bụng cấp tính vùng thượng vị. Kết hợp với khám lâm sàng bệnh nhân có bụng chướng cứng kèm phản ứng thành bụng, các bác sĩ lâm sàng hướng nhiều đến chẩn đoán một bệnh lý thủng tạng rỗng.

❖ Xét nghiệm hóa sinh máu làm tại giờ thứ 4 sau khi khởi phát cơn đau cho thấy bệnh nhân có phản ứng đáp ứng viêm với bạch cầu tăng nhẹ, nồng độ Amylase 51 U/L trong giới hạn bình thường, bệnh nhân không

được chỉ định xét nghiệm nồng độ Lipase trong máu. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính phát hiện một khối tỷ trọng tổ chức kích thước nhỏ làm hạn chế đánh giá tính chất của khối, thêm vào đó vị trí của khối trên hình ảnh nằm tại mạc treo ruột, do đó chúng tôi nghĩ nhiều đến một khối u mạc treo hơn là tụy lạc chỗ.

❖ Chẩn đoán trước mổ của chúng tôi khá hợp lý với lâm sàng và lý giải được các triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm, hình ảnh tổn thương của bệnh nhân. Vì vậy việc đi tìm một chẩn đoán khác, hơn nữa lại là một bệnh lý hiếm gặp không phải là ưu tiên trong tình trạng cấp cứu.

Chính vì lâm sàng và cận lâm sàng đều không điển hình, nên mô bệnh học vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, trên hình ảnh đại thể sau mổ và trên phim chụp CLVT khối nằm ở mạc treo, nhưng hình ảnh vi thể xác định lại đó là mô tụy lạc chỗ nằm trong lớp dưới niêm mạc – lớp cơ – thanh mạc ruột non, có xu hướng phát triển ra ngoài nên có thể nhầm lẫn là một cấu trúc nằm ở mạc treo. Mô tụy lạc chỗ của bệnh nhân chỉ gồm các thành phần của tụy ngoại tiết đó là tuyến chết tiết và ống tụy, không có thành phần tụy nội tiết (đảo tụy), và được xếp loại typ II theo Heinrich [14]. Chẩn đoán và xử trí tụy lạc chỗ sớm bằng phẫu thuật cắt bỏ (nội soi hoặc mổ mở), bệnh nhân có tiên lượng rất tốt. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng phẫu thuật đã trở lại sinh hoạt bình thường, thể trạng hồi phục nhanh sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Mặc dù là một bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, nhưng cũng nên đặt ra trong chẩn đoán phân biệt các bệnh lý đường tiêu hóa đặc biệt liên quan đến các khối u khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh gợi ý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lai E C and Tompkins R K** (1986). Heterotopic pancreas. Review of a 26 year experience. *Am J Surg*, 151(6), pp. 697-700.
2. **Li J, Huang H, Huo S et al** (2017). Ectopic pancreatic tissue in the wall of the small intestine: Two rare case reports. *Medicine (Baltimore)*, 96(35), pp. e7986.
3. **Emerson L, Layfield L J, Rohr L R et al** (2004). Adenocarcinoma arising in association with gastric heterotopic pancreas: A case report and review of the literature. *J Surg Oncol*, 87(1), pp. 53-7.
4. **Kinoshita H, Yamaguchi S, Shimizu A et al** (2012). Adenocarcinoma arising from heterotopic pancreas in the duodenum. *Int Surg*, 97(4), pp. 351-5.

5. Fukino N, Oida T, Mimatsu K et al (2015). Adenocarcinoma arising from heterotopic pancreas at the third portion of the duodenum. *World J Gastroenterol*, 21(13), pp. 4082-8.
6. Elfving G and Hastbacka J (1965). Pancreatic heterotopias and its clinical importance. *Acta Chir Scand*, 130, pp. 593-602.
7. Barbosa D E, Castro J J, Dockerty M B et al (1946). Pancreatic heterotopias: review of the literature and report of 41 authenticated surgical cases, of which 25 were clinically significant. *Surg Gynecol Obstet*, 82, pp. 527-42.
8. DeBord J R, Majarakis J D, and Nyhus L M (1981). An unusual case of heterotopic pancreas of the stomach. *Am J Surg*, 141(2), pp. 269-73.
9. Shetty A, Paramesh A S, Dwivedi A J et al (2002). Symptomatic ectopic pancreas. *Clinical Review*, 58, pp. 203-07.
10. Papaziogas B, Koutelidakis I, Tsiaousis P et al (2008). Carcinoma developing in ectopic pancreatic tissue in the stomach: a case report. *Cases J*, 1(1), pp. 249.
11. O'Reilly D J, Craig R M, Lorenzo G et al (1983). Heterotopic pancreas mimicking carcinoma of the head of the pancreas: a rare cause of obstructive jaundice. *J Clin Gastroenterol*, 5(2), pp. 165-8.
12. Pang L C (1988). Pancreatic heterotopia: a reappraisal and clinicopathologic analysis of 32 cases. *South Med J*, 81(10), pp. 1264-75.
13. Agale S V, Agale V G, Zode R R et al (2009). Heterotopic pancreas involving stomach and duodenum. *J Assoc Physicians India*, 57, pp. 653-4.
14. Trifan A, Tarcoveanu E, Danciu M et al (2012). Gastric heterotopic pancreas: an unusual case and review of the literature. *J Gastrointestin Liver Dis*, 21(2), pp. 209-12.

TÓM TẮT

Tổng quan: Tụy lạc chỗ là một bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, được định nghĩa khi mô tụy nằm ngoài vị trí và không có mối liên quan về giải phẫu hoặc mạch máu so với tuyến tụy bình thường. Tụy lạc chỗ có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào trong đường tiêu hóa nhưng rất hiếm gặp ở ruột non. Chẩn đoán trước mổ khá khó khăn vì triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu. Trong bài báo này, chúng tôi xin trình bày một trường hợp tụy lạc chỗ tại ruột non với biến chứng viêm hoại tử ruột, được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nam 40 tuổi vào viện vì đau bụng cấp tính vùng thượng vị giống tính chất đau của thủng tạng rỗng. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang phát hiện một khối tỷ trọng tổ chức nằm trong mạc treo vị trí hạ sườn trái kèm thâm nhiễm mỡ xung quanh. Bên cạnh đó trên hình ảnh CT nghi ngờ hoại tử và dày thành các quai ruột vùng lân cận khối do xoắn mạc treo và mạch mạc treo ruột tương ứng (dấu hiệu xoáy nước). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột non và phần mạc treo nghi có khối u. Kết quả giải phẫu bệnh là tổn thương viêm hoại tử niêm mạc ruột /mô tụy lạc chỗ tại ruột non.

Kết luận: Mặc dù tụy lạc chỗ là bệnh lý hiếm gặp, nhưng vẫn nên đặt ra trong chẩn đoán phân biệt khi phát hiện một khối tại mạc treo hoặc trong thành ruột non mà có viêm và hoại tử các quai ruột lân cận.

Từ khóa: Tụy lạc chỗ, khối tại mạc treo, khối tại ruột non, dấu hiệu xoáy nước

Ngày nhận bài: 20/8/2018. Ngày chấp nhận đăng 20/10/2018

Người liên hệ: Mai Văn Hải, Trung tâm CDHA bệnh viện Bạch Mai, Email: maihai.hny@gmail.com