



NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ỚNG MẬT CHỦ ĐÔI

Double common bile duct: report of a case

Sử Thị Mỹ Hà*, Vương Kim Ngân*

SUMMARY

Double common bile duct is a rare congenital anomaly, characterized by two common bile ducts exist. One, named major common bile duct normally opens into the papilla duodeni major and the other named accessory common bile duct (ACBD) opens in different parts of upper gastrointestinal tract (stomach, duodenum, ductus pancreaticus. This anomaly is usually associated with some complications such as biliary inflammation, biliary lithiasis, choledochal cyst, anomalous pancreaticobiliary junction (APBJ), cholangiocarcinoma and upper gastrointestinal tract malignancies. We reported a 74 - year-old woman, presented with epigastric pain, chills, high fever and jaundice. Abdominal ultrasonography showed duplicated common bile duct and magnetic resonance imaging inlustrated double common bile duct type Va, classifcated by Choi et al. The patient was diagnosed biliary infection without biliary lithiasis and cholangiocarcinoma, and treated with observal treatment and antibiotics.

Keywords: *Double common bile duct, Accessory common bile duct.*

I. GIỚI THIỆU

Ớng mật chủ đôi (Double common bile duct DCBD) là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp của hệ thống đường mật, được đặc trưng bởi sự xuất hiện cùng lúc hai ống mật chủ, một ống thường đổ ra nhú tá lớn như bình thường, ống còn lại gọi là ống mật chủ phụ (accessory common bile duct ACBD) đổ ra những phần khác nhau của ống tiêu hoá trên (dạ dày, tá tràng, ống tụy chính). Trường hợp lâm sàng đầu tiên được báo cáo là vào năm 1543 bởi Vesalius [1]. Mặc dù là bất thường giải phẫu hiếm gặp tuy nhiên tình trạng này rất đáng được lưu ý vì nó liên quan tới các biến chứng sỏi mật, viêm đường mật, viêm tụy hay các bệnh lí ung thư mật- tụy, có thể tổn thương một trong hai ống mật chủ trong quá trình phẫu thuật do nhầm lẫn là nang hay dây chằng...

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 74 tuổi, tiền sử khỏe mạnh đi khám tại bệnh viện Việt Đức vào tháng 1 năm 2019 vì lí do

đau bụng vùng thượng vị kéo dài 1 tháng, sau đó xuất hiện sốt cao và vàng da trong vòng 1 tuần. Xét nghiệm công thức máu bệnh nhân có tình trạng thiếu máu nhẹ nhược sắc hồng cầu nhỏ, kèm theo có tình trạng tăng số lượng bạch cầu 12,8 G/l, trong đó tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng 78%. Xét nghiệm sinh hóa máu GOT/GPT là 183/ 380 UI/l, tăng bilirubin toàn phần 110 $\mu\text{mol/l}$, trong đó chủ yếu tăng bilirubin trực tiếp, tăng amylase máu gấp trên 3 lần giá trị bình thường 272 UI/l, các marker CEA và CA 19-9 nằm trong giới hạn bình thường.

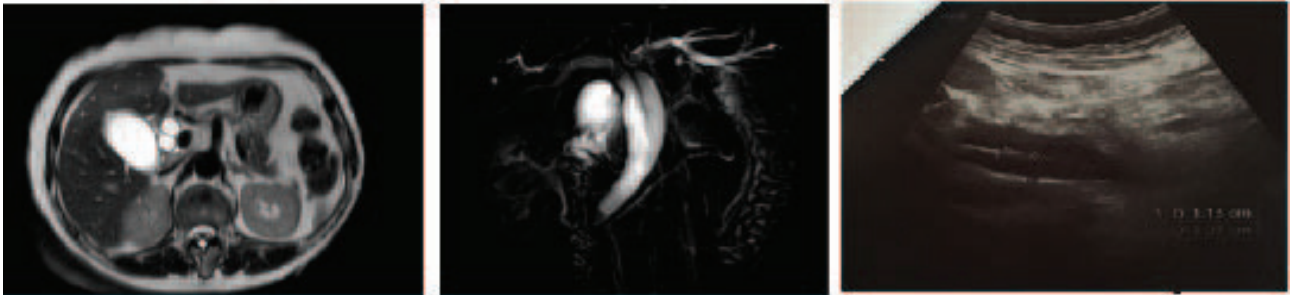
Siêu âm có hình ảnh đường mật trong gan hai bên giãn, OMC có hình ảnh phân đôi, nghi ngờ có 2 vị trí đổ riêng biệt, không thấy sỏi đường mật, Murphy siêu âm âm tính, không thấy bất thường tụy.

Bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ, trên cộng hưởng từ ghi nhận hình ảnh giãn đường mật trong gan hai bên, hình ảnh ống mật chủ phân đôi liên tiếp với ống gan hai bên, có sát nhập tại đoạn thấp, ống túi mật đổ vào một nhánh OMC liên tiếp với đường mật

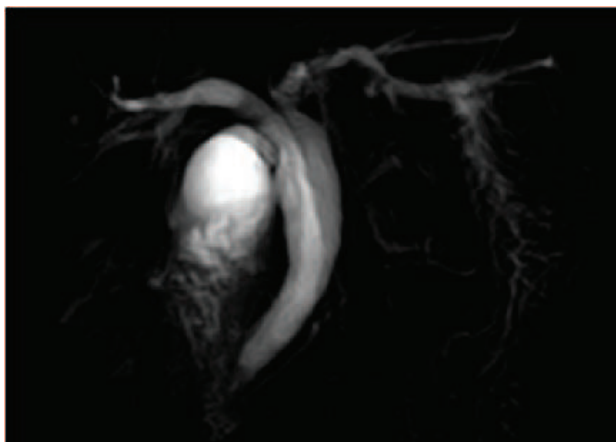
* Trung tâm CĐHA Bệnh viện Việt Đức

gan phải (type Va), không thấy sỏi đường mật. Bệnh nhân được điều trị theo hướng nhiễm trùng đường mật bằng kháng sinh trong vòng 1 tuần, bệnh nhân không

sốt, không còn vàng da, xét nghiệm lại kết quả bilirubin và men gan về giới hạn bình thường, bệnh nhân ổn định ra viện.



Hình 1. Hình ảnh siêu âm: omc phân đôi



Hình 2. Hình ảnh cộng hưởng từ trên chuỗi xung T2W và dựng hình đường mật: hình hai ống mật chủ hợp lại với nhau đoạn thấp trước khi đổ vào tá tràng.

III. BÀN LUẬN

Trên thực tế các bất thường về giải phẫu đường mật chủ yếu là ở đường mật trong gan, bất thường giải phẫu đường mật ngoài gan rất ít khi được nhắc đến. Bất thường ống mật chủ đôi (DCBD) là một biến chứng hiếm gặp, được báo cáo lần đầu bởi Vesarius năm 1548 và chỉ có 24 ca ở phương Tây được ghi nhận trong y văn cho đến năm 1986 theo tác giả Teilum. Mặt khác, tác giả Yamashita đã tổng kết có 47 ca tương tự ở Nhật Bản từ năm 1968 đến 2002 [2].

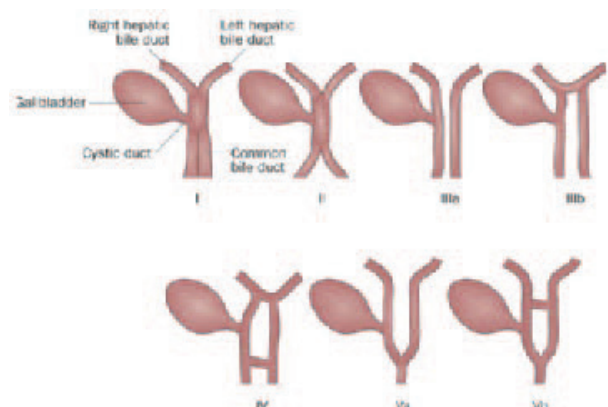
Ống mật chủ đôi được đặc trưng bởi sự tồn tại của một ống mật chủ đổ vào nhú tá tràng như bình thường, và một ống mật chủ phụ không đổ vào nhú tá

tràng và liên tục với ống gan trái. Vị trí đổ vào của ống mật chủ phụ có ý nghĩa liên quan đến biến chứng bệnh: ung thư dạ dày nếu lỗ đổ vào dạ dày, ung thư đường mật- tụy nếu lỗ đổ vào ống tụy...[2].

Nguồn gốc của bất thường này có thể do sự phân chia ngẫu nhiên của nhú gan trong tuần đầu của phôi thai. Gan, hệ thống đường mật và túi mật bắt đầu phát triển ở tuần 3 của thai kì. Khi đó gan nguyên thủy, hay nhú gan, được hình thành từ nội bì phần xa của ruột trước. Khi nhú gan phát triển thì nó xuyên qua trung mô của mạc treo dạ dày, chia thành nụ lưng và nụ bụng. Túi mật nguyên thủy được tạo thành từ nụ bụng (phần túi mật). Nụ lưng (phần gan) lần lượt chia thành thùy trái và thùy phải. Do gan và đường mật phát triển cùng nhau nên phần gốc của gan nguyên thủy trở thành ống mật chủ sau này. Cây đường mật được tạo lòng và được phủ bởi biểu mô. Một đặc điểm quan trọng khác trong quá trình phát triển ống mật là việc tá tràng nguyên thủy xoay quanh trục dài hơn của nó, khiến ống mật chủ chuyển ra phía sau ngành trên tá tràng. Sự hình thành DCBD có thể được quy cho rối loạn trong quá trình tạo lòng của gốc gan nguyên thủy [2].

Tác giả đầu tiên phân loại ống mật chủ đôi là Goor và Ebert dựa vào sự xuất hiện bất thường mật giải phẫu, sau đó Saito và công sự đã sửa chia thành 4 typ.

Hiện nay phân loại được sử dụng rộng rãi nhất là phân loại của Choi và cộng sự vào năm 2007, theo đó OMC được phân thành 5 typ [3].



Hình 3. Phân loại OMC đôi

- Typ I: có vách ngăn trong OMC

- Typ II: có một OMC chính và một OMC phụ xuất phát từ đoạn xa của OMC chính và mỗi ống đổ vào vị trí riêng biệt.

- Typ III: OMC đôi ngoài gan, trong đó IIIa (không có kênh nối đường mật ngoài gan), IIIb (có kênh nối đường mật trong gan).

- Typ IV: OMC đôi ngoài gan trong đó có cả kênh nối đường mật trong và ngoài gan.

- Typ V: OMC đôi ngoài gan có đường hợp chung và đổ về tá tràng, trong đó Va (không có nhánh nối), Vb (có 1 hoặc nhiều kênh nối đường mật trong và ngoài gan).

Trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi là OMC typ Va, typ V là typ hiếm gặp nhất của OMC đôi. Trường

hợp OMC đôi typ Va đầu tiên được báo cáo ở Mexico [4]. Tại Trung Quốc, đa phần các trường hợp phát hiện OMC đôi là do biến chứng viêm đường mật và sỏi đường mật, trong số 24 ca lâm sàng được báo cáo thì biến chứng sỏi đường mật là hay gặp nhất, nguyên nhân là do sự kết hợp của muối mật, viêm đường mật tái diễn, dinh dưỡng kém và nhiễm kí sinh trùng kèm theo [5].

Điều trị OMC đôi dựa vào phân loại type và biến chứng của OMC đôi như nang OMC, sỏi đường mật, ung thư đường mật và dạ dày- tá tràng. Đối với typ I, nên phẫu thuật cắt vách ngăn OMC. Đối với typ II, III và IV nếu chưa có biến chứng ung thư dạ dày, tá tràng và đường mật thì nên phẫu thuật cắt bỏ OMC phụ để tránh biến chứng. Nếu có kèm rối loạn chức năng mật- tụy thì nên ngăn cản sự đổ dịch mật và dịch tụy vào trong dạ dày để ngăn ngừa ung thư. Nếu OMC đôi kèm nang OMC thì nên phẫu thuật cắt bỏ và nối kiểu Roux-en- Y [5]. Vì vậy việc phát hiện bất thường OMC đôi trước phẫu thuật là rất quan trọng

Tóm lại OMC đôi là một tình trạng bệnh lí ít gặp tuy nhiên nó rất đáng được lưu tâm vì liên quan đến các biến chứng và tình trạng bệnh lí mật, tụy, ung thư dạ dày, đường mật. Trong OMC đôi, lỗ đổ của ống mật chủ phụ có ý nghĩa lâm sàng cao nhất vì nó gợi ý cho các tình trạng bệnh lý kèm theo. Chẩn đoán chính xác dị dạng này cần thiết vì các biến chứng trong phẫu thuật có thể xảy ra nếu ta không nhận ra trước khi phẫu thuật [2].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choi E., Byun J.H., Park B.J. et al. (2007). Duplication of the extrahepatic bile duct with anomalous union of the pancreaticobiliary ductal system revealed by MR cholangiopancreatography. *Br J Radiol*, 80(955), e150-154.
2. Djuranovic S.P., Ugljesic M.B., Mijalkovic N.S. et al. (2007). Double common bile duct: A case report. *World J Gastroenterol WJG*, 13(27), 3770–3772.
3. Choi E., Byun J.H., Park B.J. et al. (2007). Duplication of the extrahepatic bile duct with anomalous union of the pancreaticobiliary ductal system revealed by MR cholangiopancreatography. *Br J Radiol*, 80(955), e150-154.
4. Rodríguez-Luna M.R., Guarneros-Zárate J.E., Noriega-Usi V.M. et al. (2017). Common Bile Duct Duplication Type Va. A Rare but Important Anatomical Variation to Know. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*, 21(12), 2124–2125.
5. Chen G., Wang H., Zhang L. et al. (2014). Double common bile duct with choledochal cyst and cholelithiasis: report of a case. *Surg Today*, 44(4), 778–782.

TÓM TẮT

Ống mật chủ đôi là một bất thường giải phẫu bẩm sinh hiếm gặp của đường mật, đặc trưng bởi sự xuất hiện cùng lúc hai ống mật chủ, trong đó có một ống được gọi là ống mật chính đổ vào nhú tá tràng và ống mật phụ đổ vào phần cao của ống tiêu hóa như dạ dày, tá tràng, ống tụy chính... Biến chứng có thể gặp: nhiễm trùng đường mật, sỏi mật, nang ống mật chủ, bất thường bóng mật tụy(APBJ) và các ung thư đường mật, ống tiêu hóa trên. Trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi là một bệnh nhân nữ 74 tuổi vào viện vì đau bụng thượng vị, sốt, vàng da. Trên siêu âm có hình ảnh ống mật chủ đôi, trên hình ảnh cộng hưởng từ có hình ảnh ống mật chủ đôi typ Va theo phân loại của Choi và cộng sự. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm đường mật, không có biến chứng sỏi đường mật, không có biến chứng ung thư đường mật và được điều trị nội khoa.

Ngày nhận bài; 20.3.2019. ngày chấp nhận đăng: 20.4.2019

Người liên hệ: Sử Thị Mỹ Hà, trung tâm CDHA bệnh viện Việt Đức. Email: sumyha1981@yahoo.com.vn