

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP CA LÂM SÀNG: THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH Ở NGƯỜI LỚN (THOÁT VỊ BOCHDALECK)

Đỗ Việt Anh*, Nguyễn Duy Huê*

SUMMARY

Diaphragmatic hernias through the posterolateral foramen of Bochdalek represent the commonest type of congenital diaphragmatic hernia. The majority present during neonatal life, being associated with congenital pulmonary abnormalities. In adult life they remain largely asymptomatic and are usually incidental findings on chest radiographs or computerized tomography. Below we present the case of a patient 65 years old, who has had dyspnoea for 1 year. He is diagnosed Bochdaleck hernia after taking CXR and CT.

Keywords: Diaphragmatic hernia, Bochdaleck hernia.

TÓM TẮT

Thoát vị hoành qua khe phía sau hay gọi là khe Bochdaleck là thể hay gặp nhất trong thoát vị hoành bẩm sinh [1]. Phần lớn các trường hợp phát hiện ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có liên quan đến các rối loạn bẩm sinh về hô hấp. Bệnh ít khi phát hiện ở người lớn và thường không triệu chứng, được phát hiện ngẫu nhiên trên X-quang ngực hoặc cắt lớp vi tính. Dưới đây chúng tôi trình bày trường hợp bệnh nhân nam 65 tuổi không có triệu chứng trong vòng nhiều năm và trong khoảng 1 năm trở lại đây xuất hiện khó thở tăng dần, bệnh nhân được phát hiện thoát vị hoành thể Bochdaleck sau khi chụp X-quang và cắt lớp vi tính.

Từ khóa: thoát vị hoành, thoát vị Bochdaleck.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành có thể gặp trong các trường hợp bẩm sinh hoặc mắc phải sau chấn thương. Thoát vị hoành bẩm sinh có 3 thể: thoát vị Bochdaleck, thoát vị Morgagni và thoát vị qua lỗ thực quản. Trong đó thoát vị Bochdaleck được mô tả đầu tiên vào năm 1848 bởi Vincent Alexander Bochdalek, hay gặp nhất trong thoát vị hoành bẩm sinh và thường gặp ở bên trái (80% - 90%) [2]. Bệnh thường được chẩn đoán ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bởi các triệu chứng lâm sàng về hô hấp và ít ca chẩn đoán ở người lớn. Cắt lớp vi tính có giá trị trong chẩn đoán chính xác thể thoát vị, thành phần và hậu quả.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân: Lê Thanh B, nam 65 tuổi vào viện vì khó thở và tức ngực bên trái, triệu chứng xuất hiện

nhiều trong khoảng 1 năm nay, không nôn, không có các dấu hiệu về tắc ruột. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý hay tiền sử về chấn thương ngực - bụng.

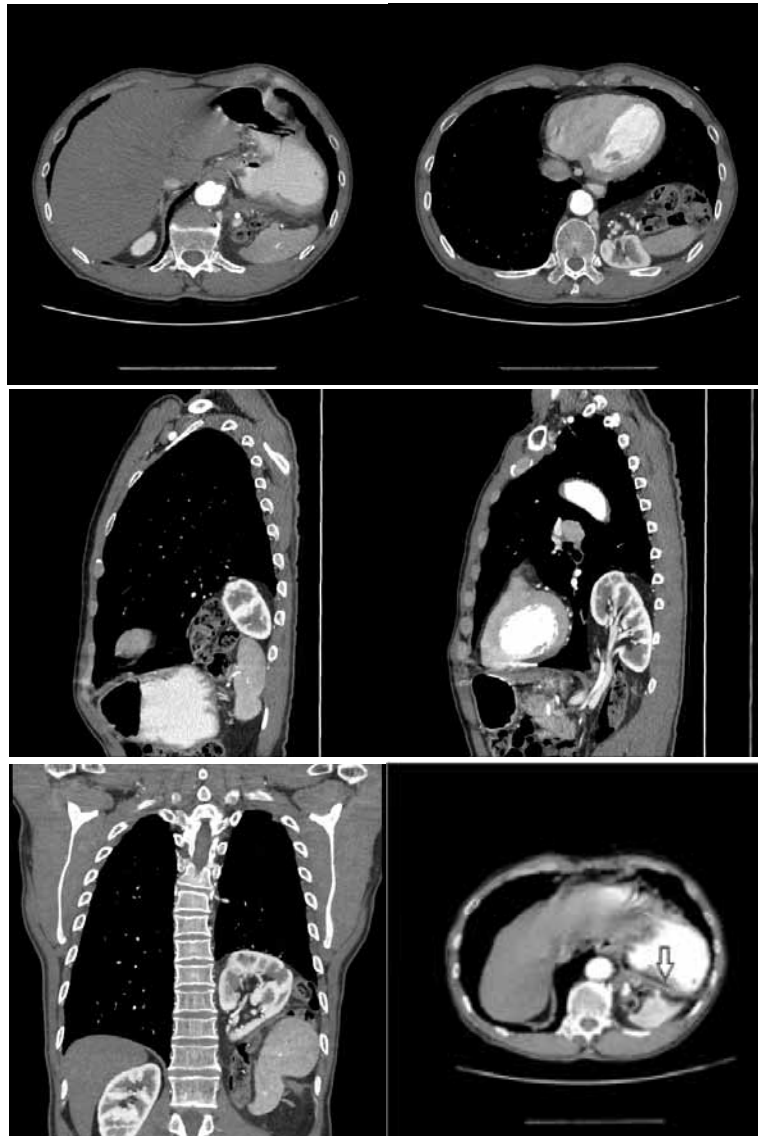
Trên Xquang ngực thẳng thấy hình ảnh hơi trong các quai ruột nằm ở phía trên vòm hoành bên trái.



Hình 1. Hình X quang ngực thẳng
(BN Lê Thanh B, 65 tuổi)

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Trên phim cắt lớp vi tính có hình ảnh lỗ khuyết cơ hoành ở phía sau (mũi tên trắng hình 2). Đại tràng góc lách, lách, thận trái và mỡ thoát vị qua lỗ khuyết cơ hoành lên trên tầng ngực. Chẩn đoán thoát vị hoành trái thể Bochdaleck.



Hình 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính (mũi tên trắng: cơ hoành)

Trên các hình theo mặt phẳng axial, coronal và sagital cơ hoành trái mất liên tục với thành ngực ở phía sau, các tạng gồm thận trái, lách, đại tràng thoát vị lên ngực, dạ dày nằm dưới cơ hoành.

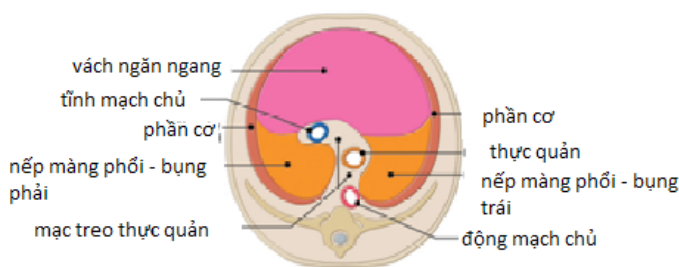
III. BÀN LUẬN

Thoát vị hoành bẩm sinh có 3 thể: thoát vị Bochdaleck, thoát vị Morgagni, thoát vị qua lỗ thực quản. Nguyên nhân thoát vị là do các bất thường bẩm sinh trong quá trình hình thành cơ hoành thời kì bào thai gây ra các ổ khuyết ở cơ hoành (hình 4). Cơ hoành

hình thành vào khoảng tuần thứ 4 – 12 của thai kì, được hợp thành từ các thành phần: nếp màng phổi – bụng, mạc treo thực quản, vách ngăn ngang và phần cơ. Phần vách ngăn ngang ở phía trước sẽ phát triển thành gân trung tâm. Các khiếm khuyết trong quá trình hợp nhất giữa các thành phần sẽ tạo ra các lỗ khuyết gây thoát vị như hình 3[3].



Hình 3. Các vị trí thoát vị hoành [3]



Hình 4. Sự phát triển của cơ hoành [3]

Lâm sàng thoát vị hoành thường không đặc hiệu như đau ngực, rối loạn hô hấp, các rối loạn tiêu hóa, đau bụng, nôn, viêm phổi tái diễn. Các biến chứng có thể gặp khi xảy ra nghẹt của khối tạng thoát vị và đặc biệt nguy hiểm khi phát hiện muộn. Ngoài ra dù rất hiếm nhưng đã có trường hợp báo cáo về biến chứng xoắn dạ dày trong thoát vị Bochdaleck.

Thoát vị Bochdaleck là thể hay gặp nhất trong thoát vị hoành bẩm sinh, nằm ở phía sau và thường gặp ở bên trái. Nguyên nhân là do khiếm khuyết trong quá trình hợp thành giữa nếp màng phổi – màng bụng ở phía sau vào cơ ở thành cơ thể gây ra lỗ khuyết bochdaleck. Các thoát vị lớn điển hình xảy ra ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ với các rối loạn về hô hấp. Trong tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị Bochdaleck chỉ có khoảng 5% được chẩn đoán ở trẻ lớn và người trưởng thành. Lâm sàng thường không đặc hiệu có thể không có triệu chứng ở bệnh nhân trưởng thành [4]. Thoát vị bên phải thành phần thường gặp gan, thận, mỡ. Bên trái có thể gặp ống tiêu hóa, lách, gan, tụy, thận và mỡ. Thoát vị đại tràng hiếm và thường gặp hơn ở bên trái [5]. Việc chẩn đoán được xác định bằng sự kết hợp của X – quang ngực và cắt lớp vi tính. Trên X – quang ngực, thoát vị Bochdaleck có thể hiển thị như hình ảnh khí dịch của ống tiêu hóa, hình của tạng đặc giống như tràn dịch màng phổi. Cắt lớp vi tính là kiểm tra hữu ích để chẩn đoán, phát hiện sự mất liên tục cơ hoành ở vị trí phía sau và các tạng, mỡ trong ổ bụng lên phía mặt trên cơ hoành [2].

Thoát vị Morgagni được mô tả đầu tiên vào năm 1761 bởi Giovanni Battista Morgagni, xảy ra ở khoảng 5 -10% các trường hợp thoát vị hoành bẩm sinh. Thoát vị thường phát hiện ở trẻ nhỏ với triệu chứng về hô hấp và hiếm khi phát hiện ở người lớn. Nguyên nhân do khiếm khuyết trong quá trình hợp nhất giữa vách ngăn ngang và thành bên cơ thể ở vị trí động mạch vú trong qua cơ

hoành, thường xảy ra ở bên phải. Thành phần thoát vị có thể bao gồm mạc nối, dạ dày, ruột non, gan. Ở người lớn thường là thoát vị mạc nối, rất hiếm khi có các thành phần còn lại. Trên phim X – quang có thể quan sát thấy khối mờ vị trí góc tâm hoành phải cần phân biệt với mỡ cạnh tim, các khối u chứa mỡ như Lipoma, teratoma, thymoma, thymolipoma hoặc liposarcoma. Cắt lớp vi tính là phương pháp có giá trị nhất trong chẩn đoán giúp xác định chi tiết thành phần và biến chứng như nghẹt [6].

Thoát vị qua lỗ thực quản hay gặp trong thoát vị dạ dày nguyên nhân do lỗ thực quản rộng cho phép tâm vị - đáy vị đi lên ngực. Lâm sàng có thể không có triệu chứng, một số có thể biểu hiện đau thượng vị, đau ngực, đau sau ăn, buồn nôn, nôn. Thoát vị được chia thành 4 type. Type 1 thoát vị trượt, là type hay gặp nhất chiếm khoảng 95% thoát vị qua lỗ thực quản, vị trí nối thực quản – dạ dày di chuyển lên trên ngực. Type 2 là thoát vị cạnh thực quản hay còn gọi là thoát vị cuộn, tâm vị và vị trí nối thực quản – dạ dày nằm dưới cơ hoành. Type 3 hỗn hợp giữa type 1 và type 2. Type 4 thoát vị gồm thêm đại tràng, mạc nối, ruột non, gan. Trên X – quang có thể thấy khối sau tim, có hình mức dịch – khí. Trên cắt lớp vi tính quan sát thấy rộng lỗ thực quản cho phép dạ dày và mạc nối đi lên ngực, bình thường lỗ thực quản ĐK < 15mm [6].

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị hoành bẩm sinh liên quan đến các khiếm khuyết trong quá trình hợp nhất các thành phần của cơ hoành. Thoát vị Bochdaleck là thể hay gặp nhất trong thoát vị hoành bẩm sinh. Phần lớn các trường hợp biểu hiện ở thời kì sơ sinh hoặc trẻ nhỏ do các rối loạn hô hấp, số ít phát hiện ở trẻ lớn và người trưởng thành. Cắt lớp vi tính có ý nghĩa trong việc chẩn đoán xác định khuyết cơ hoành, chi tiết thành phần thoát vị và đánh giá biến chứng nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jandus P, Savioz D, Purek L, Frey JG, Schnyder JM, Tschopp JM (2009) Bochdalek hernia: a rare cause of dyspnea and abdominal pain in adults, *Rev Med Suisse*, 5: 1061–1064.

2. Elina Laaksonen Email author, Seppo Silvasti and Tapio Hakala (2009), Right-sided Bochdalek hernia in an adult: a case report, *Journal of Medical Case Reports* (2009) 3:9291.

3. Laura K. Nason MD, Christopher M. Walker MD, Michael F. McNeeley MD, Wanaporn Burivong MD, Corinne L. Fligner MD, and J. David Godwin MD, (2012), *Imaging of the Diaphragm: Anatomy*

and Function, *RadioGraphics* 2012; 32:E51–E70

4. Mark E. Mullins, Jeffrey Stein, Sanjay S. Saini and Peter R. Mueller (2001) Prevalence of Incidental Bochdaleck's Hernia in a Large Adult Population, *American Journal of Roentgenology*, 177: 363 - 366

5. E. Gedik, M.C. Tuncer, S. Onat, A. Avci, I. Tacyildiz, B. Bac, (2011), A review of Morgagni and Bochdalek hernias in adults, *journals viamedica*, 2011, Vol. 70, No. 1, pp. 5–12

6. John C. Pedrozo Pupo, *Learning Chest Imaging, Diaphragm*, page 34-38

Người liên hệ: Đỗ Việt Anh;

Email: bsvietanh0612@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2016

Ngày chấp nhận đăng: 30.5.2016