

THOÁT VỊ NỘI SAU MỔ CẮT ĐOẠN DẠ DÀY: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VẤN

Internal herniation following gastrectomy: Report of two cases and literature review

*Bùi Thị Thanh Tâm**, *Nguyễn Xuân Thức**, *Đỗ Võ Công Nguyên**,
*Lê Bá Hồng Phong***

SUMMARY

Objective: Internal hernia following gastrectomy is an uncommon disease. Preoperative diagnosis is difficult because clinical symptoms are nonspecific. However, it is a surgical emergency, accurate preoperative diagnosis is crucial for appropriate management. Multidetector computed tomography (CT) plays an essential role in preoperative diagnosis of internal hernias.

Methods: Describing 2 cases, at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City. All patients went preoperative CT and proved surgically internal hernias: Peterson hernia, J-J hernia.

Results: The combination of mesenteric swirl sign and small bowel obstruction has the highest sensitivity and accuracy for internal hernia following gastrectomy. “Sandwich sign” an interposed small bowel between transverse colon and gastrojejunostomy’s limb can be a predictor of Peterson hernia. Meanwhile, the position of hernia orifice, which is close to the position of J-J anastomosis and the displacement of J-J anastomosis out of the left-mid abdomen can predict J-J hernia.

Conclusions: Multidetector computed tomography (CT) plays an essential role in preoperative diagnosis of internal hernias following gastrectomy.

Keywords: *internal hernia, gastrectomy, multidetector computed tomography, Peterson hernia, J-J hernia.*

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh-BV
Thống Nhất,

** Khoa Chẩn đoán hình ảnh-BV
Nguyễn Tri Phương

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị nội xảy ra sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày là một biến chứng hiếm gặp, chiếm khoảng 2-3%. Đây là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa cần được chẩn đoán sớm nhằm tránh các biến chứng vì tình trạng thắt nghẹt ruột ở tắc ruột quai kín do thoát vị nội gây ra. Mặc dù kỹ thuật cắt lớp vi tính (CT) đã có nhiều cái tiến về mặt kỹ thuật và là phương tiện ưu thế nhất chẩn đoán các bệnh lý cấp cứu, việc chẩn đoán thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày vẫn gặp nhiều khó khăn do sự thay đổi về mặt giải phẫu các cấu trúc sau mổ. Vì vậy việc hiểu rõ các kỹ thuật nối tắt dạ dày, đặc điểm hình ảnh sau mổ cắt đoạn dạ dày và đặc điểm hình ảnh của thoát vị nội sau mổ sẽ giúp các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh đưa ra chẩn đoán chính xác và nhanh chóng hơn cho bệnh lý này [1].

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp biến chứng thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày tại bệnh viện Thống Nhất-TP Hồ Chí Minh. Cả hai bệnh nhân đều được chụp CT trước

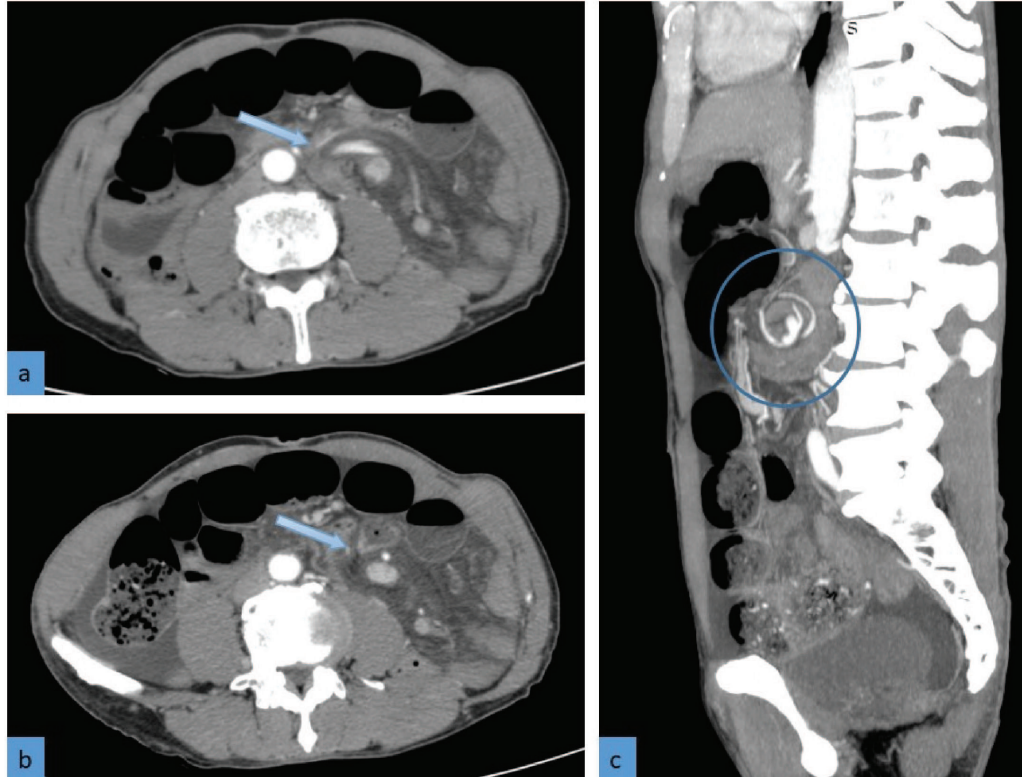
mổ và chẩn đoán sau mổ là thoát vị nội, bao gồm thoát vị Peterson và thoát vị J-J qua lỗ khuyết mạc treo ruột non.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Ca thứ nhất:

Trường hợp của chúng tôi là một bệnh nhân nam 58 tuổi, tiền căn ung thư dạ dày đã được phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày và nối Billroth II 8 tháng trước. Sau phẫu thuật, bệnh nhân tái khám đầy đủ theo hẹn và không ghi nhận biến chứng gì đáng kể. Lần này, bệnh nhân nhập viện vì cảm thấy đau bụng trên kèm cảm giác buồn nôn, nôn ói, kéo dài khoảng 1 ngày.

Trên CT, hình ảnh tắc ruột non được ghi nhận, các quai ruột dẫn lớn nhưng chưa có dấu hiệu thiếu máu. Dấu dòng xoáy “whirl sign” và phù nề mạc treo được ghi nhận, thể hiện tình trạng xoắn vặn mạc treo (hình 1.1). Dựa vào những dấu hiệu trên CT, chẩn đoán thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày được đưa ra.

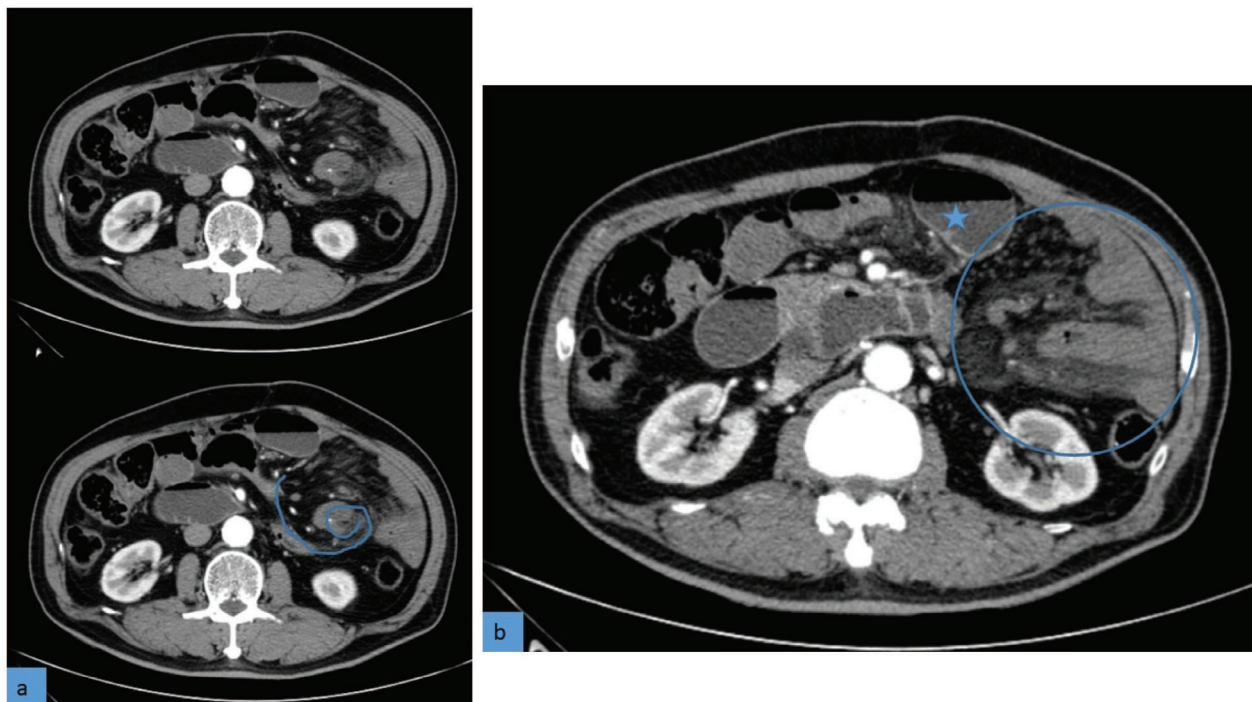


Hình 1. a. Hình ảnh “dòng xoáy” và hình ảnh dẫn các quai ruột non được ghi nhận (mũi tên xanh); b. Mũi tên chỉ vùng chuyển tiếp đoạn ruột dẫn xẹp, kèm vùng xoáy mạc treo kế cận; c. Hình ảnh minh họa dấu “dòng xoáy” được thể hiện rõ hơn trên hình MIP-Sagittal. BN Hưạ Cương D.

Tường trình phẫu thuật ghi nhận một đoạn ruột hồng tràng thoát vị vào khoảng bất thường, nằm giữa mạc treo đại tràng ngang và quai hồng tràng Bill-roth II (có được khâu Braun), khẳng định chẩn đoán thoát vị nội Peterson. Quai ruột thoát vị không ghi nhận tình trạng thiếu máu hay hoại tử. Phẫu thuật viên tiến hành giải phóng khối thoát vị và khâu khoảng Peterson bằng chỉ tiêu. Bệnh nhân xuất viện sau 1 tuần.

Cả thứ hai: Bệnh nhân nam 55 tuổi nhập viện vì đau âm ỉ bụng dưới, không buồn nôn hay nôn ói, các triệu chứng xảy ra khoảng 1 ngày trước nhập viện và ngày càng tăng. Về tiền căn, bệnh nhân được chẩn đoán

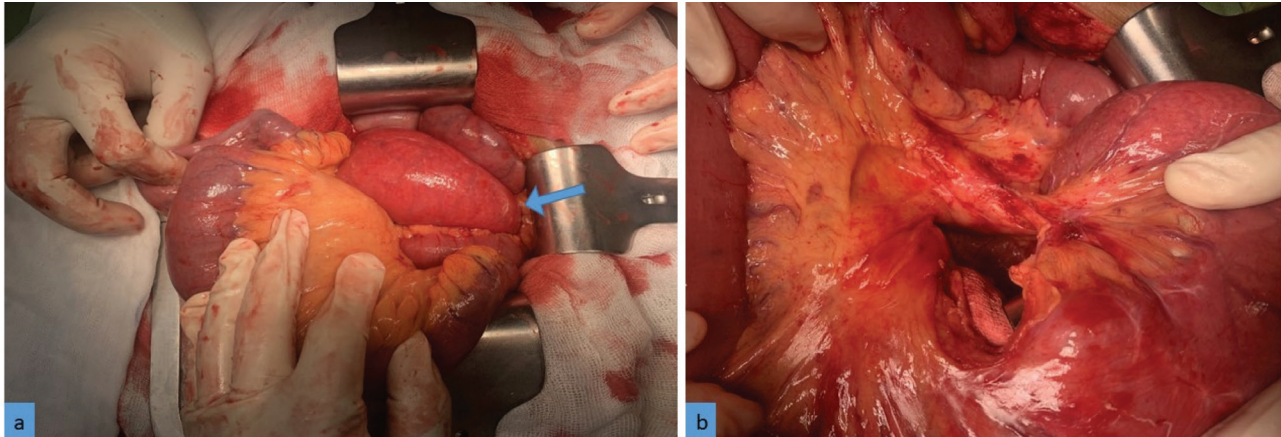
ung thư dạ dày và được thực hiện phẫu thuật cắt bỏ dạ dày, nối bắc cầu theo phương pháp Roux-en-Y trước đại tràng ngang 2 năm trước. Bệnh nhân tái khám đều đặn và cũng không ghi nhận biến chứng gì đặc biệt. Hình ảnh CT được thực hiện, ghi nhận dấu hiệu “dòng xoáy” ngay sát miệng nối hồng tràng - hồng tràng. Hình ảnh tắc ruột non được ghi nhận, đoạn tá tràng trên vị trí tắc dẫn lớn, đồng thời ghi nhận một đám các quai ruột kèm phù nề mạc treo bất thường nằm sát thành bụng bên trái (hình 1.2). Từ các dấu hiệu hình ảnh trên, chẩn đoán thoát vị nội được đưa ra.



Hình 2. a.Hình CT ghi nhận dấu “dòng xoáy”; b. đoạn ruột kèm hình ảnh phù nề mạc treo nằm sát thành bụng trái (vòng tròn), dẫn quai tá tràng trên dòng (hình sao). Bn Nguyễn Văn G

Tường trình lúc phẫu thuật ghi nhận một quai hồng tràng chui qua lỗ mạc treo tại miệng nối hồng tràng- hồng tràng gây tắc ruột. Phẫu thuật viên tiến hành giải phóng

khối thoát vị, quai ruột hồng, lưu thông tốt. Lỗ mạc treo được đóng kín bằng các mũi khâu rời. Bệnh nhân xuất viện sau 1 tuần.

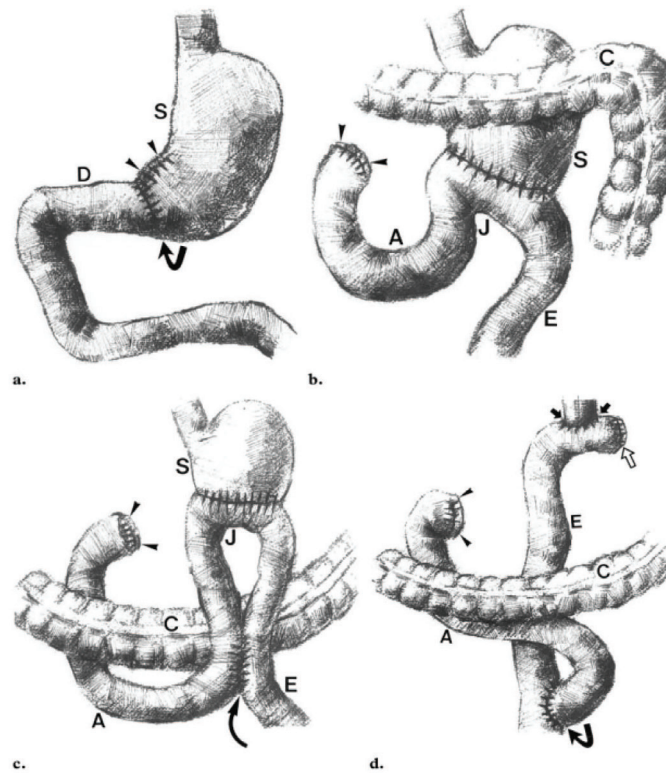


Hình 3. a. Hình ảnh phẫu thuật ghi nhận một đoạn hồi tràng chui vào lỗ khuyết tại mạc treo ruột non sát miệng nối hồi tràng- hồi tràng (mũi tên), b. Sau khi giải phóng khối thoát vị, lỗ khuyết ở mạc treo được ghi nhận

III. BÀN LUẬN.

Phương pháp mổ cắt đoạn dạ dày là kỹ thuật cắt bỏ phần lớn đoạn dưới dạ dày cùng với tổn thương, phục hồi lưu thông ống tiêu hóa theo phương pháp Billroth I,

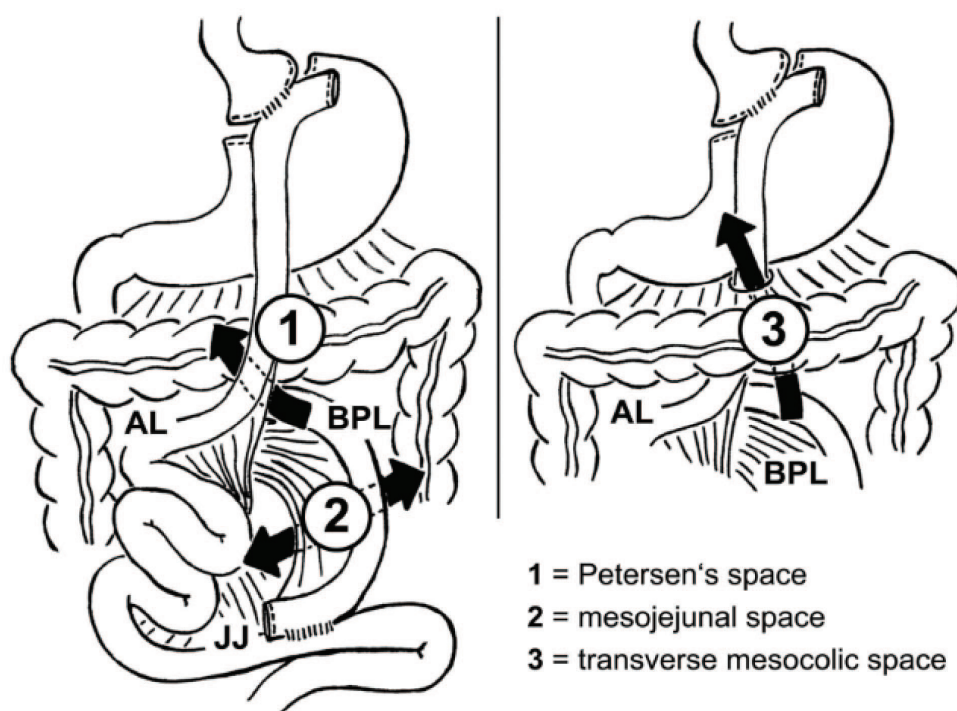
Billroth II hay Roux en Y. Vị trí của miệng nối ở phương pháp Billroth II có thể thực hiện trước hay sau đại tràng. Khi nối trước đại tràng ngang, phẫu thuật Braun được thực hiện nối giữa quai đến và quai đi [4].



Hình 4. Hình ảnh minh hoạ các phương pháp mổ cắt đoạn và bắc cầu dạ dày:
 a. Phẫu thuật nối Billroth I, b. Phẫu thuật Billroth II sau đại tràng ngang, c. Phẫu thuật Billroth II trước đại tràng ngang, và nối Braun (mũi tên), d. Phẫu thuật Roux-en-Y. (Nguồn: Kyoung Won Kim, 2002)

Thoát vị nội sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày theo phương pháp Roux-en-Y được chia làm 3 loại chính: Thoát vị qua mạc treo đại tràng ngang (khối thoát vị chui qua lỗ hồng của mạc treo đại tràng ngang), thoát vị J-J khi khối thoát vị chui qua lỗ khiếm khuyết mạc treo ruột non gần miệng nối hồng tràng- hồng tràng, thoát vị Peterson (khối thoát vị chui vào khoang bất thường nằm

giữa quai Roux hoặc quai Billroth, mạc treo đại tràng ngang và phúc mạc thành sau. Loại đầu tiên chỉ xảy ra ở các trường hợp nối sau đại tràng, trong khi 2 loại còn lại có thể xảy ra ở cả 2 phương pháp nối trước và sau đại tràng ngang. các khoang tạo điều kiện thuận lợi cho thoát vị nội [6].



Hình 5. Hình ảnh minh họa các thể thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày: 1. Thoát vị Peterson, 2. Thoát vị J-J, 3. Thoát vị qua mạc treo đại tràng ngang. (Nguồn: Jo Larkin, 2011)

Các dấu hiệu gợi ý thoát vị nội sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày và nối Roux-en-Y là dấu dòng xoáy do xoắn mạc treo và các mạch máu mạc treo; hình ảnh tắc ruột non; dấu “ cây nấm” thể hiện hình ảnh mạc treo của đoạn ruột thoát vị hội tụ tại lỗ vào thoát vị; dấu “ mắt bão: thể hiện bởi quai ruột bao quanh vòng tròn mạc treo; hình ảnh quai ruột non (không phải tá tràng nằm sau động mạch mạc treo tràng trên; vị trí miệng nối hồng tràng- hồng tràng nằm ở vùng bụng bên phải (hình 3.3). Trong đó dấu hiệu dòng xoáy là dấu hiệu có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày. Tác giả Mark E.L. và cộng sự cho rằng chỉ cần có dấu hiệu xoáy nhẹ mạc treo và mạch máu, chẩn đoán

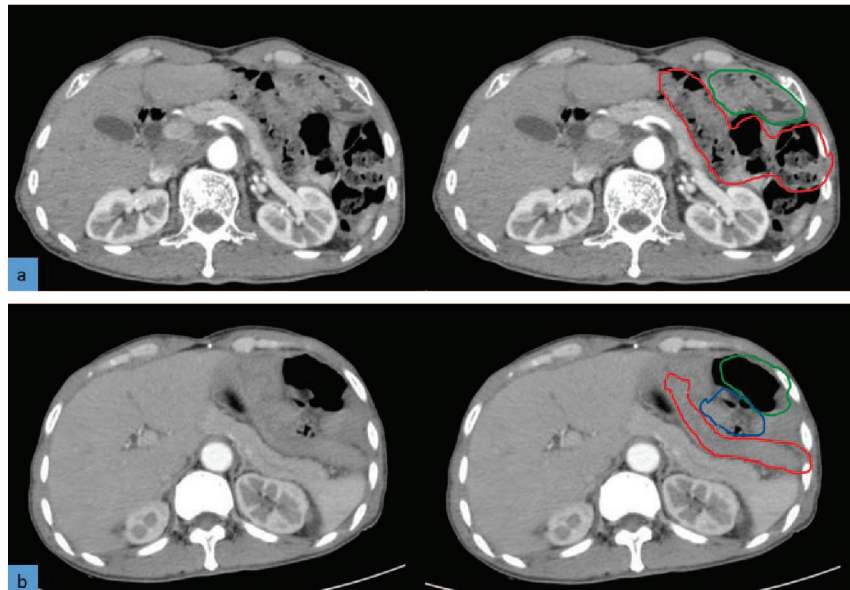
thoát vị nội cần được đưa ra [5]. Việc kết hợp giữa dấu hiệu này và hình ảnh tắc ruột non đem lại độ chính xác và độ nhạy cao khi chẩn đoán. Tuy nhiên các nghiên cứu trên thế giới hiện nay về các dấu hiệu hình ảnh CT của thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày còn chưa nhiều, và phần lớn chỉ bàn về các dấu hiệu chẩn đoán thoát vị nội nói chung, chưa đi sâu bàn luận các đặc điểm hình ảnh của riêng từng thể thoát vị.

Thoát vị Peterson được báo cáo là biến chứng thường xảy ra sau phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nối Roux-en-Y trong điều trị giảm cân. Tuy nhiên báo cáo về thoát vị Peterson xảy ra sau cắt dạ dày và nối Billroth II trong

ung thư dạ dày như trong ca lâm sàng của chúng tôi thì chưa nhiều. Thoát vị Peterson là một loại thoát vị hiếm xảy ra khi đoạn ruột non chui vào khoảng bất thường tạo bởi mạc treo đại tràng ngang, phúc mạc thành sau và quai ruột đến. Loại thoát vị này thường xảy ra trong vòng 1 năm hoặc cũng có thể xảy ra sau nhiều năm phẫu thuật [1,2].

Việc chẩn đoán chính xác thoát vị nội Peterson tương đối khó do các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học của thể bệnh lý này đều không đặc hiệu. Tác giả

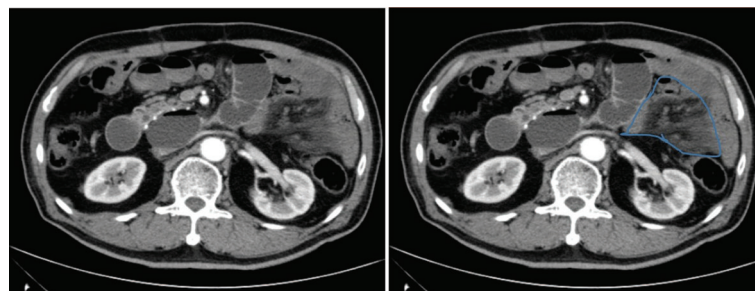
Hwan Kim cho rằng dấu hiệu “ bánh sandwich” khi quai ruột thoát vị nằm giữa đại tràng ngang và quai dạ dày- hỗng tràng là dấu hiệu giúp gợi ý thoát vị Peterson, do thể thoát vị này xảy ra khi quai ruột chui vào khoảng trống tạo bởi mạc treo đại tràng ngang và quai hỗng tràng [2]. Trong ca lâm sàng của mình, khi hồi cứu lại hình ảnh và đối chiếu với hình ảnh sau mổ trước đây của bệnh nhân, chúng tôi cũng ghi nhận một quai ruột nằm giữa đại tràng ngang và quai nối dạ dày- hỗng tràng.



Hình 6. a. Hình ảnh 1 tháng sau mổ cắt đoạn dạ dày và nối Billroth II trước đại tràng ngang, không ghi nhận quai ruột nào nằm giữa đại tràng ngang (màu đỏ) và quai nối hỗng tràng (màu xanh lá cây); b.Hình ảnh nhập viện lần này ghi nhận dấu “ bánh mì sandwich” gợi ý thoát vị Peterson: hình ảnh đoạn ruột thoát vị (màu xanh dương) nằm giữa đại tràng ngang (màu đỏ) và quai hỗng tràng Billroth (màu xanh lá cây). BN Hứa Cường Đ.

Đối với ca lâm sàng thứ hai, chúng tôi cũng ghi nhận 2 dấu hiệu có độ nhạy và độ chính xác cao gợi ý đến tình trạng thoát vị nội ở bệnh nhân đã mổ nối dạ dày

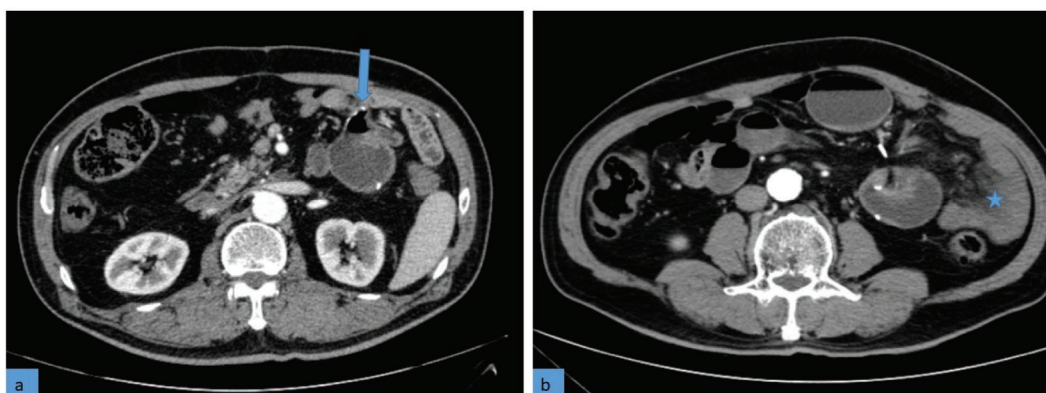
đó là dấu dòng xoáy và hình ảnh tắc ruột non, dấu “ cây nấm” thể hiện tình trạng hội tụ về lỗ thoát vị của mạc treo đoạn ruột thoát vị.



Hình 7. Hình ảnh “ cây nấm” thể hiện mạc treo đoạn ruột thoát vị hội tụ về lỗ thoát vị. BN Nguyễn Văn G.

Trong các dấu hiệu gợi ý thoát vị nội, hình ảnh miệng nối hồng tràng-hồng tràng bị đẩy lệch sang vùng bụng phải được coi là dấu hiệu thường gặp trong thoát vị J-J, tuy nhiên thực tế dấu hiệu này cũng có thể được ghi nhận trong các thể thoát vị khác [3,6]. Khi hồi cứu lại hình ảnh, chúng tôi nhận thấy lỗ thoát vị, nơi hội tụ của các mạch máu mạc treo nằm ngay sát miệng nối hồng tràng-hồng tràng. Đây là dấu hiệu hữu ích hướng tới thoát vị qua lỗ mạc treo ruột non, bởi vị trí lỗ khuyết mạc treo

trong mô bắc cầu Roux-en-Y nằm ngay sát vị trí miệng nối này. Trong ca lâm sàng này, mặc dù miệng nối hồng tràng- hồng tràng vẫn nằm ở vùng bụng trái, tuy nhiên khi đối chiếu với hình ảnh trước của bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận hình ảnh đám các quai ruột nằm sát thành bụng trái đẩy lệch miệng nối hồng tràng- hồng tràng sang phải. Chúng tôi nhận định đây có thể là dấu hiệu giúp hướng tới chẩn đoán thể thoát vị J-J qua lỗ mạc treo ruột non.



Hình 8. a.Hình ảnh sau mổ Roux-en-Y 3 tháng ghi nhận miệng nối hồng tràng-hồng tràng nằm ở vùng bụng bên trái (mũi tên); b. Hình ảnh lần này ghi nhận đám ruột bất thường (hình sao) đẩy lệch miệng nối vào trong sang phải.

V. KẾT LUẬN

Sau mổ cắt đoạn dạ dày, hình ảnh dấu dòng xoáy kết hợp hình ảnh tắc ruột non trên CT giúp chẩn đoán tình trạng thoát vị nội, hình ảnh “bánh sandwich” quai ruột thoát vị chui vào nằm giữa đại tràng ngang và quai

nổi dạ dày-hồng tràng là dấu hiệu gợi ý thoát vị Peterson trong khi hình ảnh lỗ thoát vị nằm sát miệng nối hồng tràng-hồng tràng và miệng nối hồng tràng- hồng tràng bị đẩy lệch sang phải là dấu hiệu gợi ý thoát vị J-J qua lỗ mạc treo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baba et al. (2015). Peterson hernia after open gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction: a report of two cases and literature. *SpringerPlus*, 4:753.
2. Hwan Kim, Y. E. (2018). Peterson's Hernia after Subtotal Gastrectomy with Billroth II Gastrojejunostomy for Gastric Cancer: A Specific CT Finding. *J Korean Soc Radiol*, 79(2): 88-91.
3. Jo Larkin, F. C. (2011). Internal hernia following total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction. *Ann R Coll Surg Engl*, 93:71-73.
4. Kyoung Won Kim, B. I. (2002). Postoperative Anatomic and Pathologic Findings at CT Following Gastrectomy. *Radiographics*, 323-326.
5. Mark E. Lockhart, F. N. (2007). Internal Hernia after Gastric Bypass: Sensitivity and Specificity of seven CT Signs with Surgical Correlation and Controls. *AJR*, 188(3): 745-750.
6. Sheafor, D. H. (2018). Imaging of postoperative internal hernias. *Applied Radiology*, 12-18.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày là bệnh lý hiếm gặp, khó chẩn đoán do các triệu chứng không điển hình, tuy nhiên đây là một bệnh lý cấp cứu ngoại khoa cần được chẩn đoán sớm. Hiện nay, cắt lớp vi tính (CT) là phương tiện hình ảnh ưu thế nhất giúp chẩn đoán chính xác bệnh lý này.

Trường hợp: Chúng tôi mô tả 2 trường hợp biến chứng thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày nhập viện Thống Nhất- TP Hồ Chí Minh. Các bệnh nhân được chụp CT trước mổ và chẩn đoán xác định sau mổ là thoát vị nội, bao gồm thoát vị Peterson và thoát vị JJ qua lỗ khuyết mạc treo ruột non.

Kết quả: Hình ảnh dấu dòng xoáy ở mạc treo kết hợp hình ảnh tắc ruột non có độ nhạy và chính xác cao trong chẩn đoán thoát vị nội sau mổ cắt dạ dày. Hình ảnh “bánh sandwich” một quai ruột chui vào nằm giữa đại tràng ngang và quai nối dạ dày-hỗng tràng là dấu hiệu gợi ý thoát vị Peterson. Hình ảnh lỗ thoát vị nằm sát miệng nối hồng tràng-hỗng tràng và miệng nối bị đẩy lệch sang phải là dấu hiệu gợi ý thoát vị J-J qua lỗ mạc treo.

Kết luận: CT là phương tiện hình ảnh hữu ích có thể giúp chẩn đoán chính xác biến chứng thoát vị nội sau mổ cắt đoạn dạ dày

Từ khóa: *thoát vị nội, chụp cắt lớp vi tính, mổ cắt đoạn dạ dày, thoát vị Peterson, thoát vị J-J.*

Người liên hệ: Bùi Thị Thanh Tâm. Email: thanhtampuremind13@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/08/2022. Ngày nhận phản biện: 26/09/2022. Ngày chấp nhận đăng: 04/04/2023