Kết quả phẫu thuật Crohn hồi đại tràng phải thủng vào DII-DIII tá tràng (dưới bóng Vater)

Thái Nguyên Hưng

Bệnh viện K

Địa chỉ liên hệ:
Thái Nguyên Hưng,
Bệnh viện K
30 Cầu Bươu, Tân Triều, Thanh Trì, Hà Nội
Điện thoại: 0913 528 268
Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/5/2023
Ngày chấp nhận đăng: 02/6/2023
Ngày xuất bản: 15/06/2023

Tóm tắt

Mô tả hồi cứu triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật cắt đoạn DII-DIII tá tràng điều trị Crohn thủng vào tá tràng dưới bóng Vater của người bệnh nữ, 54T, phẫu thuật cắt đại tràng phải cách 7 năm. Lâm sàng đau bụng, gầy sút, ỉa máu, không sốt, có hội chứng bán tắc ruột. CLVT có u đại tràng phải, ổ apxe tầng sinh môn trái 4,5-2,5 cm. Xét nghiệm: HC 3,25 T/L; Hb 8,3 g/L; Hematocrite 26,6 L/L. BC 22,3 G/L; TC 322 G/L. Chẩn đoán sau mổ Crohn hồi đại tràng phải thủng vào gối dưới tá tràng. Tổn thương: đoạn cuối hồi tràng sát miệng nối viêm dày nhiều chỗ, miệng nối hồi đại tràng là khối cứng thủng 2-3 cm vào gối dưới tá tràng. Phẫu thuật cắt đại tràng phải mở rộng, cắt đoạn DII-DIII tá tràng, nối tận-tận, cắt hang vị, dẫn lưu mỏm tá tràng. Có nhiễm trùng vết mổ, ra viện sau 3 tuần. Giải phẫu bệnh: Đoạn ruột non và đại tràng có 10 loét từ 1-3-4 cm, hướng tới Crohn. Viêm loét Crohn tá tràng. Kết luận: Crohn hồi đại tràng thủng vào DII-DIII tá tràng, tắc ruột, áp xe cạnh hậu môn phức tạp và hiếm gặp. Phẫu thuật cắt đoạn hồi, đại tràng phải, cắt đoạn DII-DIII tá tràng, nối tận-tận, dẫn lưu mỏm tá tràng, cắt hang vị, nối vị tràng đạt kết quả tốt.

Từ khóa: Crohn, cắt đoạn tá tràng, dẫn lưu mỏm tá tràng.

The result of surgical management for Ileo-colon Crohn diseases perforated to DII-DIII duodenal junction (below Vater ampulla)

Thai Nguyen Hung

VietNam National Cancer Hospital

Abstract

Restrospective study aims at reporting clinical and paraclinical symptoms of patient having Ileo-colon crohn disease perforated into DII-DIII Duodenal junction and result of DII-DIII duodenal segmentectomy in its surgical management.

Female patient age of 54 years old, hospital admission for obstruction post right hemicolectomy. 7 years ago. Clinical manifestation: Anorexia, abdominal pain, vomitting, weight loss, rectal bleeding. Laboratory examination revealed anemie and elevation of with blood cell count. CT Scan revealed tumor at hepato flexus of right colon. Operation performed: Right colectomy extentded, ileum resection, DII-DIII duodenal segmentectomy distal to vater ampulla, antrectomy, duodenostomy for depression, precolic gastroenterostomy. Histo-anastomose pathology: Lesions of Crohn located in 10 points of ileum (1-4 cm in diameter), Crohn in duodenum. We concluded Crohn Ileo- colon having stricture of ileum and anatomosis of ileo-colon, and perforated to DII-DIII duodenal junction was such rare complication. Surgical management consisting of Ileocolon resection, DII-DIII duodenal segmentectomy distal to the ampulla, end to end anastomosis, antrectomy, duodenostomy of decompresion were satisfactory procedure.

Keywords: Crohn, duodenal segmentectomy, duodenostomy.

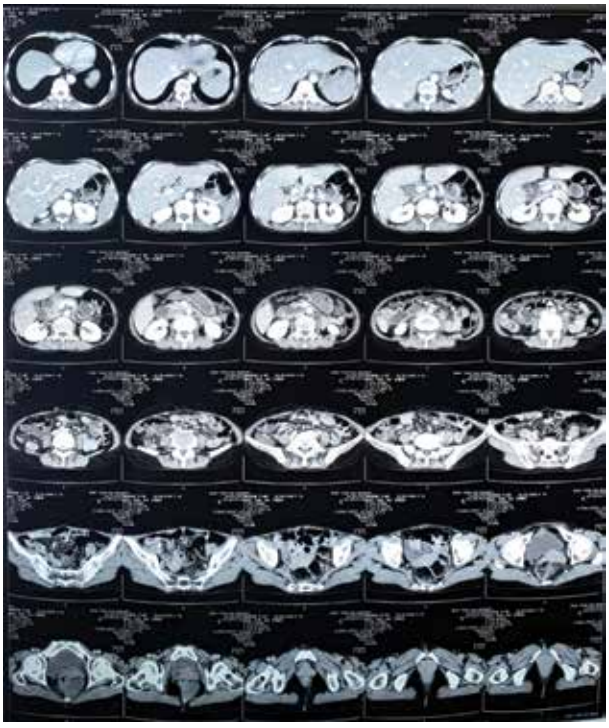
Đặt vấn đề

Crohn là bệnh viêm mạn tính có thể xảy ra ở toàn bộ đường tiêu hóa từ miệng tới hậu môn và ngoài đường tiêu hóa. Bệnh có liên quan đến các yếu tố gen di truyền và môi trường đặc hiệu. Các triệu chứng của bệnh: ỉa chảy, đau bụng, ỉa máu, sốt, gầy sút và mệt mỏi. Bệnh Crohn làm tăng nguy cơ gây ung thư, loãng xương, thiếu máu, suy dinh dưỡng, trầm cảm, nhiễm trùng và tắc mạch... Ở nước ta, bệnh Crohn còn chưa được nghiên cứu nhiều. Việc chẩn đoán và điều trị bệnh còn gặp nhiều khó khăn bởi vậy chúng tôi báo cáo ca lâm sàng Crohn hồi đại tràng tái phát thủng vào DII, DIII tá tràng nhằm mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ca bệnh Crohn tái phát thủng vào DII-DIII tá tràng dưới bóng Vater hiếm gặp và kết quả phẫu thuật cắt lại đại tràng và cắt đoạn DII-DIII điều trị Crohn tái phát thủng vào tá tràng dưới bóng Vater.

Ca lâm sàng:

Bùi Thị A, 54T. Tiền sử phẫu thuật cắt đại tràng phải, cắt đoạn ruột non cách 7 năm. Đau bụng, gầy sút, ỉa máu, không sốt. Có bán tắc ruột, Nội soi đại tràng viêm loét hồi đại tràng. CLVT: Dày thành đại tràng góc gan, apxe cạnh hậu môn trái kích thước 4,5-2,5cm. Nội soi dạ dày: Nhiều dịch mật ứ đọng ở dạ dày-tá tràng. Xét nghiệm thiếu máu, tăng bạch cầu.

Chẩn đoán sau mổ: Ung thư đại tràng phải thủng vào gối dưới tá tràng. Phẫu thuật cắt lại đại tràng phải mở rộng sang trái, đưa 2 đầu ruột làm hậu môn nhân tạo. Cắt đoạn DII-DIII tá tràng, nối tận-tận 2 lớp, cắt hang vị, dẫn lưu mỏm tá tràng. Tổn thương trong mổ: Đoạn cuối hồi tràng sát miệng nối viêm dày nhiều chỗ, miệng nối hồi đại tràng cũ là khối cứng dính chặt vào gối dưới tá tràng, thủng 2-3 cm thông giữa miệng nối hồi-đại tràng với DII-DIII dưới bóng Vater. Sau mổ dẫn lưu mỏm ra tốt. Ra viện sau 3 tuần. Kết quả giải phẫu bệnh: Đoạn ruột non và đại tràng có 10 loét từ 1-3-4 cm do Crohn. Viêm loét tá tràng mạn tính do Crohn.



Hình 1: Chụp CLVT

Bàn luận

Crohn là bệnh lý viêm mạn tính đường tiêu hóa có thể xảy ra từ miệng tới hâu môn và có thể gây biến chứng ngoài đường tiêu hóa. Diễn biến của bệnh hầu hết đều dẫn tới biến chứng. Vị trí tổn thương ban đầu thường là yếu tố quan trong quyết định tình trạng bệnh lý. Năm 1988, Greenstein và cộng sự đã chia nhóm người bệnh Crohn có chỉ định phẫu thuật thành 2 nhóm: nhóm hẹp ruột và nhóm thủng ruột theo các biến chứng dẫn tới chỉ định [1]. Sachar và cộng sự đề xuất chia bệnh Crohn thành 3 dưới nhóm: Nhóm hẹp ruột, nhóm thủng ruột và nhóm viêm ruột.[2] Các nghiên cứu đều cho thấy khi người bệnh được phẫu thuật thủng ruột do Crohn, biến chứng tiếp theo vẫn là thủng ruột trong khi đó người bệnh được phẫu thuật hẹp ruột do Crohn, biến chứng kế tiếp vẫn là hẹp ruột.

Brian Veauthier và cộng sự [3]: Đặc điểm lâm sàng theo vị trí tổn thương của Crohn

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng theo vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Triệu chứng lâm sàng (TCLS)	Đặc điểm	%
Hồi tràng và Đại tràng	Ỉa chảy, quặn bụng, đau bụng, gầy sút	Dạng phổ biến nhất	35
Đại tràng	Ỉa chảy, Ỉa máu, áp xe cạnh hậu môn, rò, loét cạnh trực tràng.	Tổn thương ngát quãng	32
Ruột non	Ỉa chảy, quặn bụng, đau bụng, gầy sút	Biến chứng: Rò, áp xe	28
Dạ dày-Tá tràng	Chán ăn, gầy sút, buồn nôn, nôn	Dạng hiếm, biến chứng tắc ruột	5

Người bệnh Bùi Thị A có tiền sử đã mổ cắt đại tràng phải 7 năm, nhập viện vì bán tắc ruột nên không soi được đại tràng. Nội soi đại tràng tại Hòa Bình có tổn thương đại tràng nhiều vị trí.

CLVT có ổ áp xe cạnh trái trực tràng 4,5-2,5 cm. Trong mổ tổn thương là đoạn cuối hồi tràng viêm dày, sùi nhiều đoạn trên khoảng 60 cm cuối hồi tràng sát miệng nối cũ. Tại miệng nối dày thành khối và thủng 2 cm vào gối dưới tá tràng sát bóng Vater bởi vậy sau khi thăm dò và tìm thấy Papille, luồn Stylet vào đường mật, chúng tôi cắt đoạn DII và DIII tá tràng nối tận-tận 2 lớp chỉ PDS 4.0 vắt, dẫn lưu mỏm tá tràng, cắt hang vị, nối vị tràng, diễn biến sau mổ tốt, không sốt, dẫn lưu mỏm tá tràng ra tốt. Dẫn lưu mỏm tá tràng rút sau 1 tháng. Kết quả giải phẫu bệnh đoạn hồi đại tràng có 10 tổn thương Crohn 1,2-4 cm. Tổn thương thủng tá tràng là Crohn tá tràng. Chúng tôi không tìm thấy ổ áp xe cạnh trái trực tràng. Như vậy có thể thấy đây là 1 thể Crohn thể hiện ở cả hồi, đại tràng, trực tràng và có thể tổn thương Crohn tá tràng hiếm gặp. Crohn ở gối dưới tá tràng có thể do thủng từ Crohn hồi đại tràng (miệng nối cũ) vào tá tràng.

Theo Brian Veauthier [3]: Đặc điểm phân biệt 2 bệnh lý Crohn và viêm loét đại trực tràng VLĐTT):

Bảng 2: Đặc điểm của bệnh Crohn và bệnh viêm loét đại trực tràng

Đặc điểm	Bệnh Crohn	Bệnh viêm loét đại trực tràng
Vị trí	Bất kỳ đoạn nào của ống tiêu hóa	Các tổn thương liên tục bắt đầu từ trực tràng. Chỉ bị ở đại tràng
Độ sâu thương tổn	Toàn bộ thành ống tiêu hóa	Lớp niêm mạc và dưới niêm mạc
Tổn thương qua nội soi đại tràng	Tổn thương ngắt quãng, hình đá cuội, loét,hẹp	Tổn thương viêm liên tục, Giả polyps.
Thiếu máu	+	++
Đau Bụng	++	+
Xuất huyết tiêu hóa thấp (rectal bleeding)	+	++
Nguy cơ ung thư hóa	++	++++

Jacques Cosnes và cộng sự theo dõi tiến triển bệnh Crohn của 2002 người bệnh, với thời gian > 5 năm, kết quả có 1199 người bệnh có biến chứng (60%) trong đó hẹp 254 người bệnh, thủng 945

người bệnh. Tỷ lệ biến chứng theo dõi 20 năm là viêm: 12%; hẹp 18%; thủng 70%. Tác giả kết luận vị trí tổn thương có tính chất quyết định đến dạng biến chứng của bệnh. [4].

Các nghiên cứu ở Nauy, Mỹ, Canada: Tỷ lệ biến chứng thay đổi theo thời gian theo dõi trong đó thủng 10-60%, hẹp 0-35%. Các tác giả thấy tỷ lệ biến chứng thủng tăng lên với thời gian theo dõi trong khi tỷ lệ tổn thương viêm giảm. Hai biến chứng hẹp và rò luôn theo sát thời gian mắc bệnh. Áp xe và rò xuất hiện với tỷ lệ cao hơn hẳn hẹp không gây biến chứng. Mặt khác tổn thương hẹp vẫn có thể dẫn đến thủng ruột. Rò có thể chiếm tỷ lệ 85%.[5]

Hai vị trí tổn thương có tỷ lệ biến chứng thủng cao nhất và sớm là ruột non và hậu môn trong khi tổn thương ở đại tràng và thực quản - dạ dày - tá tràng có tỷ lệ hẹp và thủng thấp. Hẹp thường ở hỗng, hồi tràng, không thấy hẹp ở hậu môn hay đại tràng. Tỷ lệ rò và áp xe tầng sinh môn và cạnh hậu môn chiếm 50% số người bệnh thủng.[6]

Đánh giá trong mổ và CLVT thấy bên cạnh tổn thương Crohn hồi đại tràng tái phát thủng vào gối dưới tá tràng còn có tổn thương áp xe cạnh hậu môn, áp xe tầng sinh môn. Như vậy bệnh đã tiến triển > 7 năm, đã có biến chứng thủng, tắc ruột (do hẹp)

Người bệnh Bùi Thị A vào viện với triệu chứng bán tắc ruột nên không soi đại tràng. Tổn thương trong mổ: đoạn cuối hồi tràng, miệng nối viêm dày nhiều đoạn. Thủng vào gối dưới tá tràng được xác định trong mổ qua phẫu tích và mở miệng nối cũ luồn sonde và dụng cụ thăm dò. Miệng nối hẹp khít với lỗ thủng gần miệng nối 2 cm thủng vào gối dưới tá tràng. Đây là tổn thương nặng, phức tạp trên người bệnh bị bệnh mạn tính tiến triển nhiều năm, suy kiệt, thiếu máu bởi vậy cắt đoạn tá tràng là phẫu thuật phức tạp, có thể có biến chứng rò miệng nối, bục miệng nối, viêm phúc mạc... Chúng tôi cắt đoạn DII-DIII, nối tận-tận, cắt hang vị, dẫn lưu mỏm tá tràng. Sau mổ dẫn lưu mỏm tá tràng ra tốt, không sốt. Sau khi có giải phẫu bệnh chúng tôi dùng Corticoide, người bệnh ra viện sau 3 tuần, có biến chứng nhiễm trùng vết mổ.

Kết luận

Bệnh Crohn hồi - đại tràng có biến chứng thủng vào DII-DIII tá tràng, tắc ruột, áp xe cạnh hậu môn là ca bệnh phức tạp và hiếm gặp. Kết quả phẫu thuật cắt đoạn hồi, đại tràng phải, cắt đoạn DII-DIII tá tràng, nối tận tận, dẫn lưu mỏm tá tràng, cắt hang vị, nối vị tràng đạt kết quả tốt.

Tài liệu tham khảo

1 Greestein AJ et al: Perforating and non Perforating indications for repeated operations in crohn' disease: evidence for two clinical forms. Gut 1988;29: 588-92.

2 Sachar DB, Andrews HA, Farmer RG, et al. Proposed classification of patient subgroups in Crohn's disease. Gastro Intern 1992; 5: 141-54.

3 Brian Veauthier, Jaime R.Hornecker:Crohn's Disease :Diagnosis and Management. Am Fam .Physican. 2018;98 (11): 661-669.

4 Jacques Cosnes, Stephane Cattan, Antoin Blain, Laurent Beaugerie, Franck Carbonnel, Rolland Parc, 6. Jean-Pierre Gendre: Long-Term Evolution of disease Behavior of Crohn's Disease. Inflammatory Bowel Diseases, Volume 8, Issue 4, 1 July 2002: 244-250

5 Gache C,Scholmerich J, Brynskov, et al: A simple classification of Crohn's disease: Report of the working party for the wold congresses of gastroenterology,Vienna 1998. Iflamm Bowel Dis 2000; 6:8-15.

6 Linares L, Moreira LF, Andrews H, et al: Natural history and treatment of anorectal strictures complicating Crohn's disease.Br J Surg 1988; 75: 653-5.