

Báo cáo trường hợp

DOI: 10.59715/pntjimp.3.3.23

Nhân một trường hợp phẫu thuật tụy lạc chỗ dạ dày có thiếu máu nặng do xuất huyết tiêu hóa

Nguyễn Văn Khoa¹, Trần Thị Mai Trang², Phạm Văn Nhân¹

¹Bộ môn Ngoại khoa, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Phòng khám đa khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tóm tắt

Mở đầu: Tụy lạc chỗ là một bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp được định nghĩa khi vị trí của mô tụy nằm ngoài và không có mối liên quan về giải phẫu cũng như mạch máu với tuyến tụy bình thường. Nó thường không có triệu chứng, lâm sàng thay đổi tùy thuộc vào kích thước, vị trí và biến đổi về mặt vi thể. Tụy lạc chỗ có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hóa, phần lớn hay gặp ở hang vị dạ dày.

Mục tiêu nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng tụy lạc chỗ dạ dày thiếu máu nặng do xuất huyết tiêu hóa đã được phẫu thuật thành công.

Đối tượng và phương pháp: Bệnh nhân nam, 21 tuổi, nhập viện vì ói ra máu, đi cầu phân đen và thiếu máu nặng. Chẩn đoán được xác định qua nội soi dạ dày, siêu âm qua nội soi và CT scan bụng. Bệnh nhân được truyền máu và cắt dạ dày hình chêm với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là tụy lạc chỗ, diễn tiến hậu phẫu ổn định và không triệu chứng.

Kết quả: Chẩn đoán trước mổ gặp nhiều khó khăn. Siêu âm qua nội soi dạ dày kết hợp CT scan bụng góp phần đáng kể trong quá trình chẩn đoán. Việc dự đoán thương tổn và chọn phương pháp phẫu thuật tối thiểu có thể mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

Kết luận: Xuất huyết dạ dày do khối u lành tính rất hiếm gặp, tụy lạc chỗ là nguyên nhân cần nghĩ đến ở người trẻ, khi đó việc điều trị khá đơn giản và tiên lượng rất tốt sau phẫu thuật.

Từ khóa: Tụy lạc chỗ, xuất huyết tiêu hóa.

Abstract

A case report of heterotopic pancreas in the stomach presenting severe anemia due to gastrointestinal bleeding

Introduction: Heterotopic pancreas is a rare condition and its preoperative diagnosis is difficult. It is generally asymptomatic, but it may become clinically evident depending on the size, location and the pathological changes. Heterotopic pancreas can occur anywhere in the gastrointestinal tract, but most commonly is found in the antrum of the stomach.

Objective: Report a clinical case of Heterotopic pancreas with severe anemia due to gastrointestinal bleeding has been successfully operated.

Material and Methods: A 21-year-old male patient presented to emergency departments by hematemesis and melena. Physical examination findings were normal except for severe anemia. Diagnosis was confirmed by gastroscopy, endoscopic ultrasound, and abdominal CT scan. Wedge gastrectomy was performed and a postoperative histological diagnosis of heterotopic pancreas was established, the postoperative period went well.

Ngày nhận bài:

20/5/2024

Ngày phân biệt:

19/6/2024

Ngày đăng bài:

20/7/2024

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Văn Khoa

Email: khoahypnt@

yahoo.com

ĐT: 0912232079

Outcome: The difficulty of making an accurate preoperative diagnosis is highlighted. Endoscopic ultrasound combined with MSCT contributes significantly to the definitive diagnosis. Appropriate diagnosis and minimally invasive surgery can bring many benefits to the patients. Although heterotopic pancreas is rare, it should be considered in the differential diagnosis submucosal gastric tumor with gastrointestinal bleeding.

Conclusion: Gastric bleeding due to benign tumors is very rare, heterotopic pancreas is the cause to consider in young people, then the treatment is quite simple and the prognosis is very good after surgery.

Keywords: Heterotopic pancreas, gastrointestinal bleeding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy lạc chỗ là phần mô tụy được tìm thấy ngoài vị trí bình thường của tuyến tụy và không có bất kỳ mối liên quan về mặt giải phẫu cũng như mạch máu với tuyến tụy [10]. Tụy lạc chỗ thường gặp ở dạ dày, tá tràng, đoạn đầu hồi tràng. Các vị trí hiếm gặp hơn có thể là trung thất, đường mật, lách, mạc nối lớn... [1].

Bệnh thường được phát hiện một cách tình cờ và không có triệu chứng [6]. Biểu hiện lâm sàng xuất hiện khi có biến chứng như viêm, chảy máu, tắc nghẽn và thoái hoá ác tính. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo một trường hợp tụy lạc chỗ ở dạ dày có thiếu máu nặng do biến chứng xuất huyết tiêu hoá đã được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Gò Vấp.

Mục tiêu: Báo cáo ca lâm sàng tụy lạc chỗ dạ dày thiếu máu nặng do xuất huyết tiêu hoá đã được phẫu thuật thành công.

II. BỆNH ÁN

Hành chính: Bệnh nhân Tăng Linh Th, 21 tuổi, nam. Nghề nghiệp: sinh viên. Địa chỉ: Thành phố Hồ Chí Minh. Ngày nhập viện: 4/1/2023

Lý do nhập viện: ói ra máu

Bệnh sử: Bệnh khởi phát cách nhập viện 1 năm với ói ra máu lượng ít kèm đại tiện phân đen, tình trạng này tái diễn vài lần nhưng bệnh nhân chưa khám và điều trị gì. Lần này ói ra máu lượng nhiều sau đó ngất đi nên nhập viện cấp cứu.

Lâm sàng: Khám lâm sàng ghi nhận bệnh tỉnh, mạch nhanh 100 lần/phút, huyết áp 90/60 mmHg, niêm nhạt, đã hết buồn ói hay ói, bụng mềm hoàn toàn và không đau.

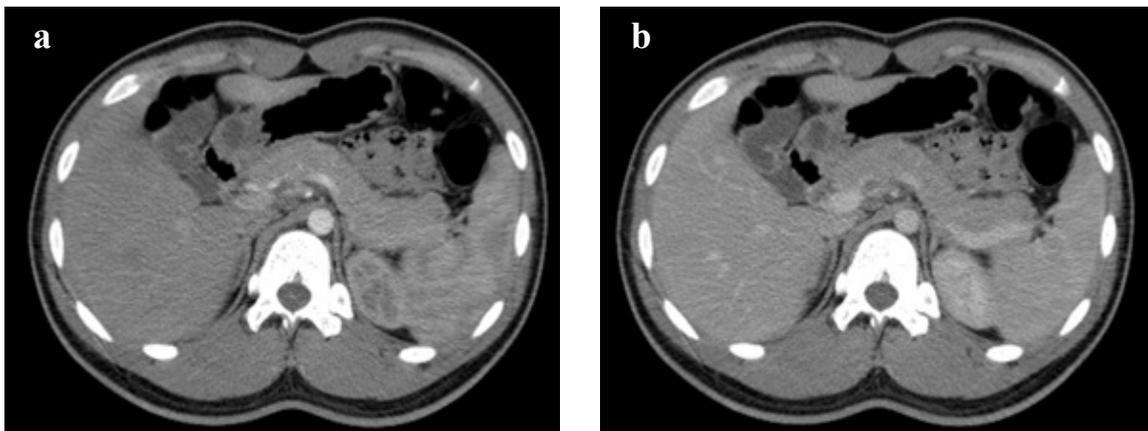
Cận lâm sàng: Tổng phân tích tế bào máu cho kết quả Hb 56 g/L.

Nội soi dạ dày (sau khi đã truyền máu và hồi sức) ghi nhận tổn thương nhô cao vùng hang vị gần môn vị, đường kính # 25mm, bề mặt trơn láng, mật độ mềm, niêm mạc sung huyết, vùng trung tâm loét có giả mạc nghi ngờ u dưới niêm, hiện không còn thấy điểm đang chảy máu, không thấy tổn thương ở các phần còn lại của dạ dày - tá tràng.

Sinh thiết niêm mạc dạ dày ở vị trí loét cho kết quả viêm mạn tính với HP (-), CT scan bụng có cản quang phát hiện có cấu trúc hỗn hợp ở vùng tiền môn vị, có vùng giảm đậm độ, vách hoá, đường kính # 3cm.



Hình 1: Tổn thương nhô cao có loét trung tâm vùng hang vị gần môn vị.



Hình 2: Tổn thương trên CT bụng có cản quang ở thì động mạch (a) và thì tĩnh mạch (b).

Siêu âm qua nội soi dạ dày cho kết quả: vùng tiền môn vị có tổn thương nhô cao, có cấu trúc echo kém đường kính # 24mm, không đồng nhất, tổn thương xuất phát từ lớp thứ 3, giới hạn rõ, có cấu trúc dạng nang bên dưới, tăng sinh mạch. Chẩn đoán trên siêu âm qua nội soi là tổn thương u dưới niêm mạc tiền môn vị nghi mô tụy lạc chỗ dạ dày.

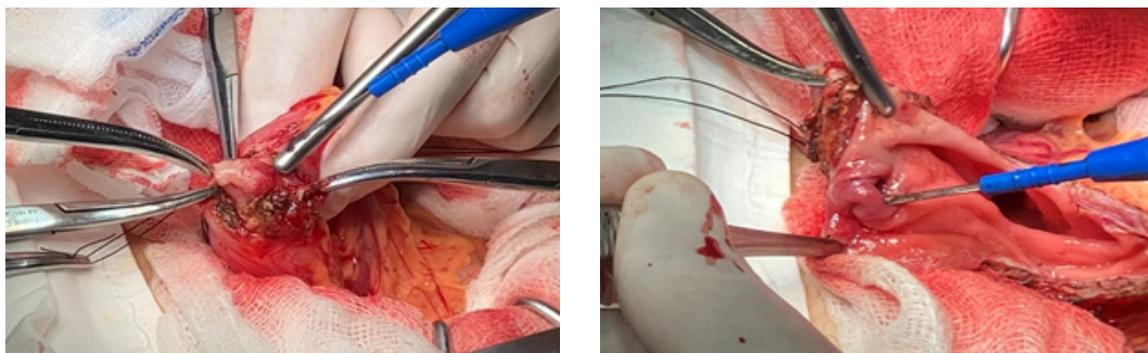


Hình 3: Cấu trúc echo kém không đồng nhất, có cấu trúc dạng nang bên dưới, tăng sinh mạch.

Chẩn đoán: U dưới niêm nghi mô tụy lạc chỗ vùng tiền môn vị, biến chứng thiếu máu nặng do xuất huyết tiêu hoá.

Điều trị: Bệnh nhân được hồi sức tích cực và truyền hồng cầu lắng cùng nhóm, làm đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu cần thiết và chỉ định phẫu thuật.

Phẫu thuật: Mở bụng thám sát thấy ở mặt trước tiền môn vị có khối u kích thước 2 x 3cm giới hạn rõ. Xẻ u thám sát thấy u nằm dưới niêm, bên trong là mô hỗn hợp có kèm cấu trúc dạng nang có dịch trong, lớp lót bên trong nang trơn láng, không có hạch vùng. Bệnh nhân được cắt bỏ phần dạ dày chứa u kiểu hình chêm, bờ diện cắt cách chân u 1cm chạm đến môn vị, tạo hình lại môn vị.

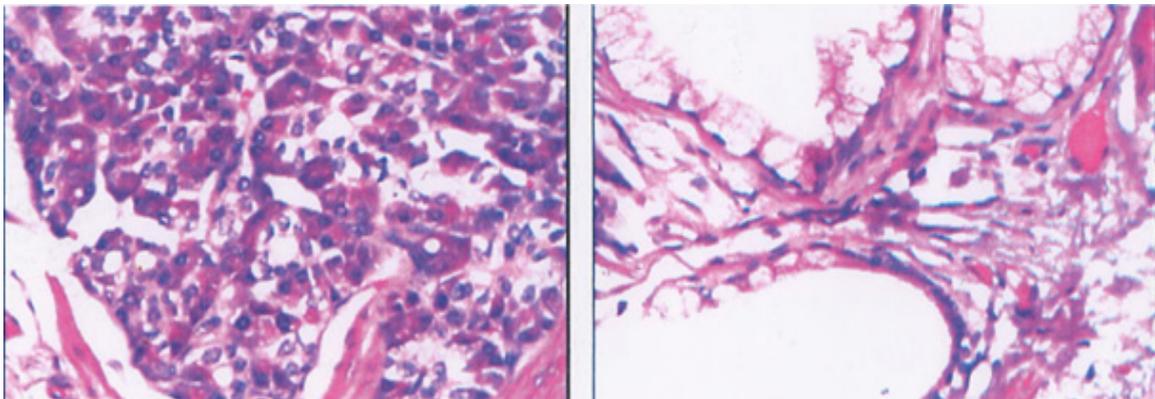


Hình 4: Tổn thương ghi nhận trong phẫu thuật.



Hình 5: Tổn thương cắt ra gửi Giải phẫu bệnh lý.

Kết quả Giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật phù hợp mô tụy lạc chỗ ở dạ dày.



Hình 6: Hình ảnh vi thể là mô dạ dày có cấu trúc bình thường, trong lớp cơ có mô tụy bình thường gồm các túi tuyến (acini) và ống tuyến tụy được lót bởi các tế bào chế nhầy, không có tế bào ác tính.

Diễn tiến và kết quả: Hậu phẫu tiến triển bình thường, xuất viện vào ngày thứ 6. Bệnh nhân theo dõi 6 tháng không có biến chứng.

III. BÀN LUẬN

Tụy lạc chỗ là một bệnh hiếm gặp được mô tả lần đầu bởi Jean Schultz vào năm 1727 và được chứng minh về mặt vi thể bởi Klob vào năm 1859 [10]. Bệnh được định nghĩa là sự hiện diện của mô tụy ngoài vị trí bình thường mà không có liên quan với tụy về mặt giải phẫu cũng như mạch máu. Tụy lạc chỗ thường gặp nhất ở dạ dày. Ngoài ra, một số báo cáo cũng ghi nhận ở các vị trí khác như hồng tràng, trung thất, đường mật, túi mật, tai vôi, rốn lách. Khoảng 80-95% tụy lạc chỗ dạ dày được phát hiện ở hang vị, có thể gặp ở thành trước hoặc thành sau dạ dày, dọc theo bờ cong lớn [2].

Nhìn chung, tụy lạc chỗ dạ dày thường không có triệu chứng nên có thể theo dõi không phẫu thuật. Tuy nhiên, phần mô tụy lạc chỗ có chức năng như tuyến tụy bình thường. Do vậy, về mặt bệnh học, tụy lạc chỗ cũng có thể mắc các bệnh như tuyến tụy thông thường như viêm tụy cấp, u tân sinh. Khi u tụy lạc chỗ gia tăng kích thước cũng có chỉ định mổ khi có triệu chứng của loét, xuất huyết, hẹp môn vị [3-5].

Bệnh nhân nhập viện do ói ra máu và đi cầu phân đen tái diễn, kết hợp với siêu âm qua nội soi phát hiện có tổn thương loét tiền môn vị xuất phát dưới niêm có cấu trúc dạng nang nhô vào lòng dạ dày, có cấu trúc mạch máu vắt ngang

gây xuất huyết tiêu hóa. Do vậy, U dưới niêm này gây biến chứng xuất huyết tiêu hóa nên có chỉ định phẫu thuật triệt căn và ngăn ngừa biến chứng chảy máu tái diễn [1].

Tụy lạc chỗ phát hiện qua nội soi dạ dày ở dạng một u dưới niêm, cần phân biệt với GIST và lymphoma. Vì bệnh nhân mới 21 tuổi, chảy máu tiêu hóa đại thể tái diễn từng đợt, MSCT thấy thương tổn hỗn hợp có kèm dạng nang nên khả năng là tụy lạc chỗ có thể phù hợp ít nghĩ nguyên nhân do GIST hay lymphoma. Từ đó, chúng tôi chỉ định siêu âm qua nội soi dạ dày.

Siêu âm qua nội soi đóng vai trò quan trọng cho những quyết định trên lâm sàng, mặc dù không thể thay thế xét nghiệm về mặt tế bào học [7, 9]. Đặc biệt đối với các tổn thương dưới niêm mạc dạng đặc hoặc dạng hỗn hợp. Sinh thiết qua nội soi gặp nhiều khó khăn trong chẩn đoán tụy lạc chỗ, do u dưới niêm được bao phủ bởi tế bào biểu mô dạ dày. Sinh thiết kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm qua nội soi cũng không thể chẩn đoán chính xác trước mổ, ngay khi kết quả âm tính cũng không thể loại trừ ung thư [7]. Siêu âm qua nội soi thấy cấu trúc echo kém, không đồng nhất, có cấu trúc dạng nang vách hóa bên dưới và có tăng sinh mạch máu nên chẩn đoán tụy lạc chỗ là có thể phù hợp.

Tuy nhiên, siêu âm qua nội soi phụ thuộc nhiều vào khả năng của người đọc. Để khách quan đánh giá, bệnh nhân nên được chụp CT Scan bụng có cản quang. Hình ảnh của tụy lạc chỗ trên CT scan có thể dạng đặc, dạng nang hoặc dạng hỗn hợp. Cấu trúc dạng hỗn hợp vách hóa dưới niêm mạc vị trí tiền môn vị do phản ứng viêm của mô tụy lạc chỗ tái diễn nhiều lần [6]. Cấu trúc hỗn hợp có nang vách hóa vị trí tiền môn vị trên CT scan giúp gợi ý chẩn đoán.

Kết hợp các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng, chúng tôi có chẩn đoán đây là trường hợp tụy lạc chỗ vị trí tiền môn vị có biến chứng xuất huyết tiêu hóa. Bệnh nhân cần phải phẫu thuật để ngăn ngừa tình trạng xuất huyết tiêu hóa tái diễn. Vấn đề tiếp theo là việc chọn lựa phẫu thuật nội soi hay mổ hở trong trường hợp này. Do bứơ vị trí tiền môn vị, phẫu thuật cắt bứơ phải đảm bảo bờ diện cắt cách chân bứơ

là 1 cm và do là bệnh nhân còn trẻ đời sống còn dài nên cần phải tạo hình lại môn vị, với hai lý do trên chọn lựa phẫu thuật nội soi khó mà tiếp cận được.

Việc dự đoán đúng thương tổn có ý nghĩa quang trọng, khi đó việc điều trị trở nên đơn giản. Do là thương tổn lành tính nằm sát môn vị nên chúng tôi chọn lựa phương pháp mổ mở cắt u tại chỗ kết hợp tạo hình môn vị [8]. Bệnh nhân không được làm sinh thiết lạnh trong mổ, do bởi sinh thiết lạnh có giá trị đối với tổn thương ở niêm mạc, với chẩn đoán phân biệt GIST và Lymphoma thì phải cần làm hóa mô miễn dịch, sẽ mất nhiều thời gian hơn. Phân tích dữ kiện lâm sàng và cận lâm sàng kỹ lưỡng giúp chẩn đoán chính xác trước mổ, chọn lựa phương pháp phẫu thuật phù hợp, đã mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Xuất huyết dạ dày do khối u lành tính rất hiếm gặp, tụy lạc chỗ là nguyên nhân cần nghĩ đến ở người trẻ, khi đó việc điều trị trở nên đơn giản và có tiên lượng tốt sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ammar, H., et al., Ectopic pancreas: A rare cause of occult gastrointestinal bleeding. *Ann Med Surg (Lond)*, 2020. 59: p. 41-43.
2. Chandan, V.S. and W. Wang, Pancreatic heterotopia in the gastric antrum. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 2004. 128(1): p. 111-112.
3. Christodoulidis, G., et al., Heterotopic pancreas in the stomach: a case report and literature review. *World journal of gastroenterology: WJG*, 2007. 13(45): p. 6098.
4. Guo, J., et al., Endosonography-assisted diagnosis and therapy of gastrointestinal submucosal tumors. *Endoscopic Ultrasound*, 2013. 2(3): p. 125.
5. LeCompte, M.T., et al., Clinical classification of symptomatic heterotopic pancreas of the stomach and duodenum: A case series and systematic literature review. *World J Gastroenterol*, 2022. 28(14): p. 1455-1478.

6. Lee, N.J., R.H. Hruban, and E.K. Fishman, Gastric Heterotopic Pancreas: Computed Tomography With Clinicopathologic Correlation. *J Comput Assist Tomogr*, 2017. 41(5): p. 675-678.
7. Matsubara, K., et al., A rare case of enlarged gastric heterotopic pancreas with retention cysts: A case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2020. 74: p. 284-288.
8. Ormarsson, O.T., I. Gudmundsdottir, and R. Mårvik, Diagnosis and Treatment of Gastric Heterotopic Pancreas. *World Journal of Surgery*, 2006. 30(9): p. 1682-1689.
9. Sarsenov, D., et al., Heterotopic pancreatic pseudocyst radiologically mimicking gastrointestinal stromal tumor. *International surgery*, 2015. 100(3): p. 486-489.
10. Trifan, A., et al., Gastric heterotopic pancreas: an unusual case and review of the literature. *J Gastrointestin Liver Dis*, 2012. 21(2): p. 209-12.