

TÓM T T

NHÂN M T TR NG H P T C RU T NON NGUYÊN NHÂN DO B C PHÚC M C B M SINH

[*] Tr n Văn Thành,*D ng Qu c Trung.

B c phúc m c b m sinh là m t nguyên nhân r t hi m g p gây t c ru t. Tri u ch ng lâm sàng thì không đ c hi u do đó r t khó ch n đoán đ c tr c ph u thu t. Chúng tôi trình bày m t tr ng h p b nh mà chúng tôi cho là b c phúc m c b m sinh đ c ch n đoán tr c m . B nh c nh này cũng khá gi ng v i thoát v qua m c treo đ i tràng trái và phân bi t gi a chúng còn nhi u l n l n. Vi c n m b t t t đ c đi m b nh lí này s t o d dàng cho vi c qu n lí b nh và đ c bi t tình c phát hi n trong m n i soi mà không c n ph i chuy n sang m m .

ABSTRACT

SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO CONGENITAL PERITONEAL ENCAPSULATION: CASE REPORT

Tr n Văn Thành, D ng Qu c Trung.

Congenital peritoneal encapsulation is one of the very rare causes of intestinal obstruction. The clinical symptoms of Congenital peritoneal encapsulation may be nonspecific. Therefore, it is difficult to diagnose preoperatively. We present a case with this condition that we believe to be the congenital peritoneal encapsulation that is diagnosed preoperatively. This condition is very similar to left mesocolic hernia. Distinction between these two entities is still confused. A better knowledge of this condition will facilitate proper management, especially when encountered at laparoscopy without recourse to conversion to open procedure.

NHÂN MỌT TRỘM NG HỦ P T C RU T NON NGUYÊN NHÂN DO BỐC PHÚC MỌC BỐM SINH

Trần Văn Thành, Duyệt Quốc Trung.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bốc phúc mọc bom sinh là nguyên nhân gây t c ru t hi m g p, l n đ u tiên đ c Cleland J mô t năm 1968 ⁽⁵⁾. Lâm sàng r t khó ch n đoán và th ng phát hi n trong khi ph u thu t hay m t thi ^(5,7,13,14). Vì c phân bi t v i thoát v n i qua m c treo đ i tràng trái hay c nh trái tá tràng còn nhi u l n l n ⁽⁸⁾. Chúng tôi trình bày m t trộm ng hủ p mà chúng tôi cho là boc phúc m c bom sinh đ c ch n đoán tr c m . Hi n t i b nh nhân hoàn toàn kh i b nh.

BỘNH ÁN

Bộ nh nhân: PHAN VĂN H. nam: 14 tu i. Số bộ nh án 200832876 nh p vi n lúc 21 gi 36 ngày 12 tháng 11 năm 2008 v i tình tr ng đau b ng t ng c n kèm nôn m a, đau nhi u n a b ng bên trái, không bí trung đ i ti n, b ng m m, ch ng nh , không có đ u quai ru t n i, siêu âm các quai ru t dẫn nh tăng đ ng, ch p phim x- quang b ng đ ng có vài m c n c h i n a b ng trái. Các xét nghi m c b n khác trong gi i h n bình th ng. Bộ nh nhân đ c đ i u tr n i khoa v i nh n ăn, sonde d dày, nuôi d ng đ ng tĩnh m ch thì n đ nh sau 12 gi nh p vi n. Ti n s bộ nh nhân ch a có can thi p ph u thu t trong b ng hay dùng thu c nhóm c ch beta, đau t ng t và đã đ c đ i u tr t i nhi u c s y t nh v y t 13 năm nay v i ch n đoán đau b ng d ng c th . Đ a vào bộ nh s , k t qu ch p phim CT- scan b ng l n nh p vi n này, k t h p v i phim ch p ru t non có c n quang c a b nh vi n tuy n trên tr c đó và ch n đoán boc phúc m c bom sinh. Bộ nh nhân đ c lên l ch m ch ng trình. Phát hi n trong m là g n hai ph n ba ru t non t ngay d i góc treitz 3cm n m trong m t b c b ng phúc m c, b c phúc m c ch a ru t n m ch y u bên trái và hoàn toàn phía tr c m c treo đ i tràng trái xu ng g n t i mào ch u trái, ch ph n m t sau c túi liên t c theo ngay d i góc treitz. Túi này có m t l m cũng là n i đi vào và ra c a ru t non. Chúng tôi m r ng mi ng túi và đ a toàn b ru t non ra ngoài, không có hi n t ng viêm dính gì gi a các quai ru t trong b c và b c phúc m c này. B c ch a ru t sau đó đ c khâu x p l i và dính vào m c treo đ i tràng trái. Bộ nh nhân đ c xu t vi n sau đó 11 ngày. Hi n t i đã đ c 4 năm bộ nh nhân hoàn toàn kh e m nh.



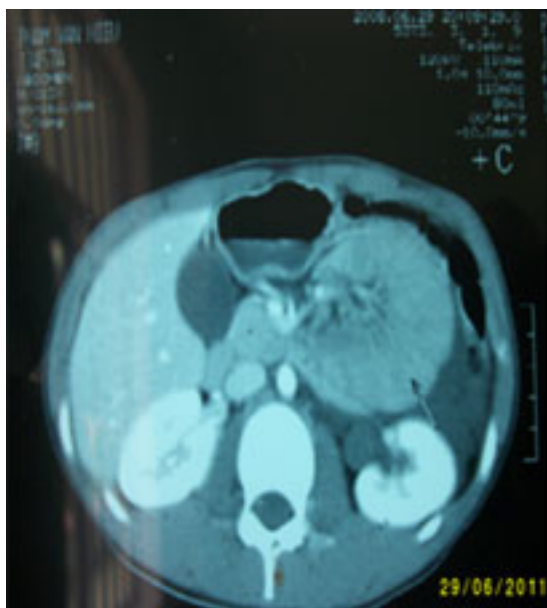
Hình 1: phim ch p lúc vào khoa c p c u.



Hình 2: phim ch p c t t p sau khi đi u tr n i khoa n đ nh



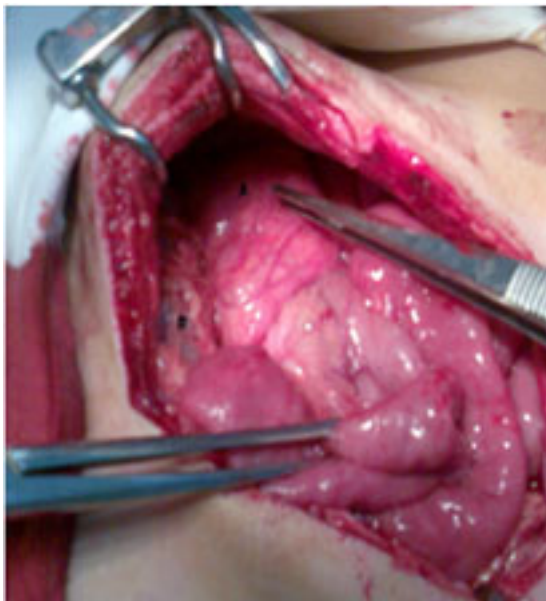
Hình 3: phim ch p c t l p sau khi đi u tr n i khoa n đ nh



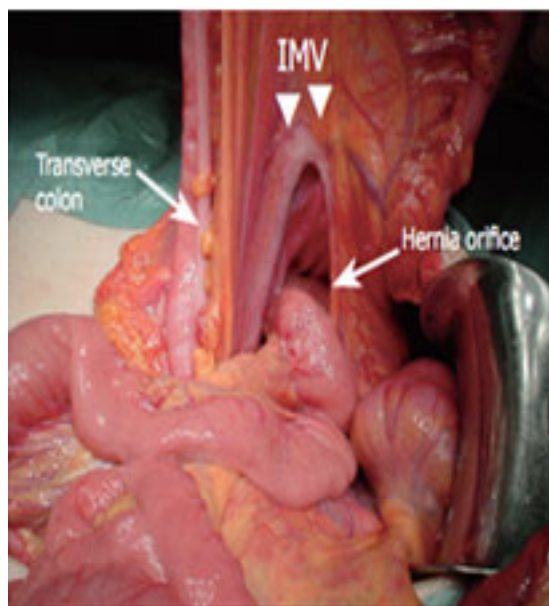
Hình 4: phim ch p c t l p l n đ au tr c đ ó 6 tháng.



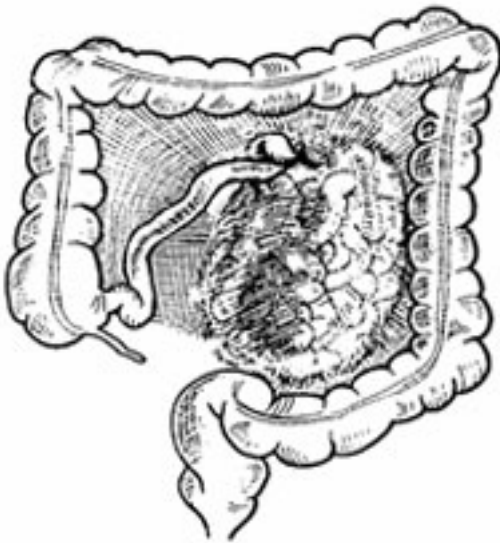
Hình 5: phim ch p ru t non có thu c c n quang c a b nh vi n Ch R y tr c l n nh p vi n này 5 thán



Hình 6: hình ch p b nh nh n c a chúng tôi trong m (kho ng m t n a ru t non đã đ c đ a ra kh i b



Hình 7: thoát v qua m c treo đ i tr ng trái b nh nh n c a Kiyotaka- karuchi



Hình 8: hình mô t^o b^oc ph^oc m^oc b^om sinh ⁽⁹⁾ b^onh nh^on c^oa Huddy SPJ và Bailey ME

BÀN LU^oN

B^oc ph^oc m^oc b^om sinh là tình tr^ong b^ot th^ong đ^oc cho là có s^o b^ot th^ong s^o ra và vào l^oi ru^ot giai đ^on tu^on th^o 8 đ^on tu^on th^o 12 c^oa thai k^o, ru^ot non tr^onên d^onh vào c^o túi noãn hoàng, không liên quan đ^on tình tr^ong ru^ot xoay b^ot toàn và th^ong không có tri^ou ch^ong^(3,10,16,17)

Theo Sieck có hai l^o vào và ra cho ru^ot non

(16)

. Thoát v^o qua m^oc treo đ^oi tr^ong trái b^om sinh đ^oc cho là do quay ng^oc ru^ot vào sau m^oc treo đ^oi tr^ong. M^ot s^o tác gi^o khác cho r^ong do s^o thi^ou b^on v^ong c^oa m^oc treo đ^oi tr^ong ⁽¹⁾ ph^on gi^oa t^onh m^oc ch m^oc treo tr^ong đ^oi và thành sau

(1,2,3,9,18,19)

. Các báo cáo đ^ou cho r^ong th^ong thì b^oc ph^oc m^oc b^om sinh là không có tri^ou ch^ong song m^ot vài báo cáo là có đau b^ong t^ong c^on, t^oc ru^ot c^op

(5,6,10,11,14,15,16,17,18)

M^oc dù c^o hai tr^ong h^op đ^ou do l^oi ra và vào l^oi c^oa ru^ot trong th^oi k^o bào thai và tên g^oi thoát v^o qua m^oc treo đ^oi tr^ong trái đ^oc c^oa thích h^on trong tr^ong h^op b^oc ph^oc m^oc ch^o có m^ot l^o m^o ⁽⁶⁾. Trong tr^ong h^op c^oa chúng tôi thì b^oc ch^o có m^ot ch^o m^o n^oi quai ru^ot non vào và ra, tuy nhiên ⁽¹⁾ đây b^oc ph^oc m^oc n^om đ^oc l^op hoàn toàn phía tr^oc m^oc treo đ^oi tr^ong trái, ch^o ph^on m^ot sau c^o túi liên t^oc theo ngay đ^oi góc treitz, b^onh nh^on c^oa chúng tôi khá t^ong t^o hình mô t^o tr^ong h^op c^oa Huddy SPJ và Bailey ME ⁽⁶⁾. Chính đ^oa trên các đ^oc đ^oi m^o gi^oi ph^ou, c^o ch^o sinh b^onh h^oc đ^oc báo cáo thì tr^ong h^op b^onh c^oa chúng tôi g^oi là b^oc ph^oc m^oc b^om sinh.

presenting as small bowel obstruction in an elderly woman. *Ulster Med J.* 2007 January; 76(1): 42–44.

8. Kiyotaka Kurachi, Toshio Nakamura, Tadataka Hayashi, Yosuke Asai, Takayuki Kashiwabara, Akihito Nakajima, Shohachi Suzuki, Hiroyuki Konno. Left paraduodenal hernia in an adult complicated by ascending colon cancer: A case report. *World J Gastroenterol* 2006 March 21; 12(11): 1795-1797

9. Kyaw K. left mesocolic hernia or peritoneal encapsulation? A case report. *Singapore Med J.* 1998 Jan;39(1):30-1

10. Lewin K, McCarthy LJ. Peritoneal encapsulation of the small intestine. *Gastroenterology* 1970; 59:270-2.

11. Lickley JD, Cameron J. Note on a case of abnormal disposition of the peritoneum. *J Anat Physiol* 1907; 41: 88-90.

12. Naraynsingh, V; Maharaj, D; Singh, M; Ramdass, MJ. Peritoneal encapsulation: a preoperative diagnosis is possible. *Postgrad Med J.* 2001;77(913):725–6.

13. Omer S Al-Ta'an, Martyn D Evans, Javid A Shami. An asymptomatic case of peritoneal encapsulation: case report and review of the literature. *Al-Ta'an et al. Cases Journal* 2010, 3:13

14. Papez JW. A rare intestinal abnormality of embryonic origin. *Anat Rec* 1932; 53: 197-214.

15. Rajagopal, AS; Rajagopal, R. Conundrum of the cocoon: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 2003;46(8):1141–3.

16. Sieck JO, Cowgill R, Larkworthy W. Peritoneal encapsulation and abdominal cocoon. *Gastroenterology* 1983; 84: 1597-1601.

17. Thorlakson PHT, Monie IW, Thorlakson TK. Anomalous peritoneal encapsulation of the small intestine. *Br J Surg* 1953; 40:490-3.

18. Willwerth BM, Zollinger RM Jr, Izant RJ Jr. Congenital mesocolic (paraduodenal) hernia: Embryologic basis of repair. *Am J Surg* 1974; 128:359-61.

19. Zollinger RM. Congenital mesocolic or paraduodenal hernias: An embryologic basis for classification and operative repair. In: Nyhus LM, Condon RE eds. *Hernia*. Philadelphia: JB Lippincott, 1978:488-94.