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 managemen, especially when encountered at laparoscopy without recourse to conversion to open procedure.

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.

Đ□T V□N Đ□

B□c phúc m□c b□m 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]. Vi□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 tr□□ng h□p mà chúng tôi cho là b□c phúc m□c b□m sinh đ□□c ch□n đoán tr□□c m□. Hi□n t□i b□nh nhân hoàn toàn kh□i b□nh.

B□NH ÁN

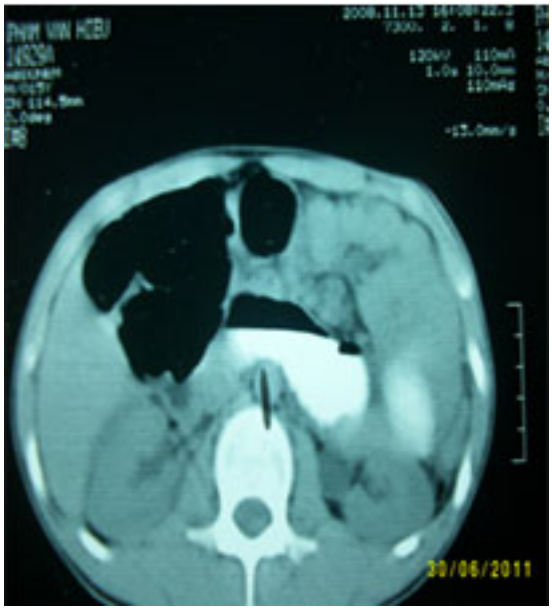
B□nh nhân: PHAN VĂN H. nam: 14 tu□i. S□ b□nh án 200832876 nh□p vi□n lúc 21 gi□ 36 ngày 12 tháng 11 năm 2008 v□i tình tr□ng đau b□ng t□ng c□n kèm nôn m□a, đau nhi□u n□a b□ng bên trái, không bí trung đ□i ti□n, b□ng m□m, ch□□ng nh□, không có d□u quai ru□t n□i, siêu âm các quai ru□t dãn nh□ tăng đ□ng, ch□p 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. B□nh nhân đ□□c đi□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□ b□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 đi□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□. D□a vào b□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 b□c phúc m□c b□m sinh. B□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 treizt. 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 đính vào m□c treo đ□i tràng trái. B□nh nhân đ□□c xu□t vi□n sau đó 11 ngày. Hi□n t□i đã đ□□c 4 năm b□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 l□p sau khi đi□u tr□ n□i khoa □n đ□nh

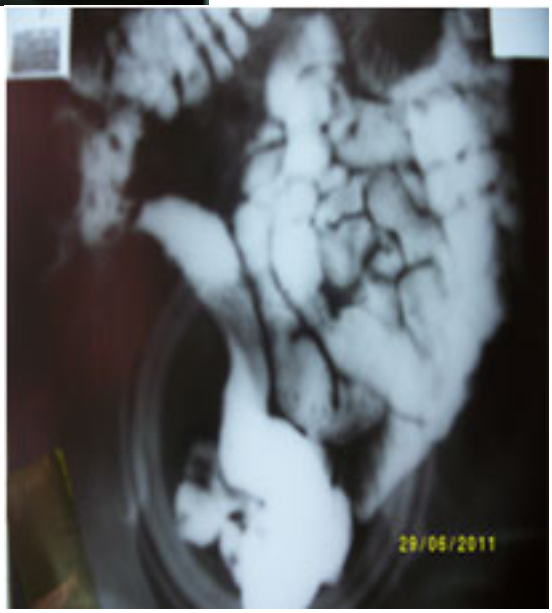


Hình 3: phim ch□p c□t l□p sau khi đi□u tr□ n□i khoa □n đ□nh

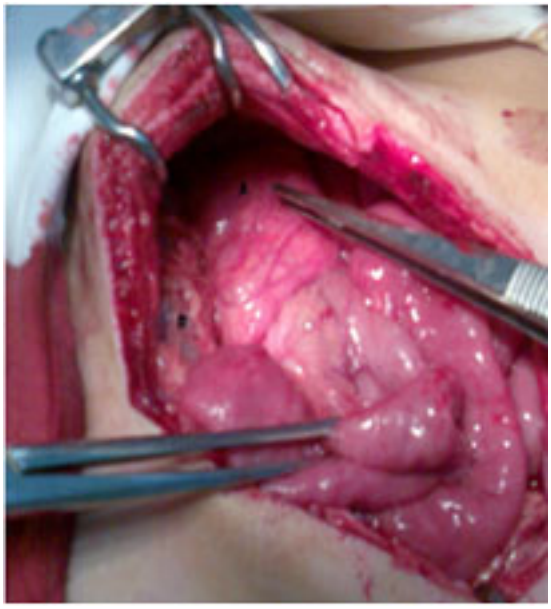


Hình 4: phim ch□p c□t l□p l□n đau tr□□c đó 6 tháng.

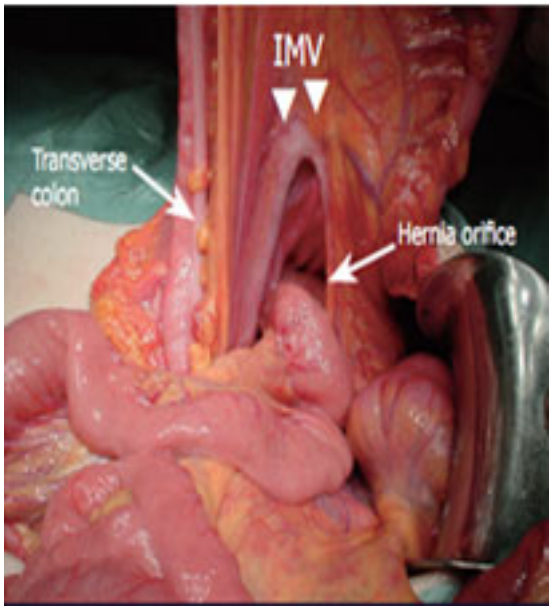




Hình 5: phim ch□p ru□t non có thu□c c□n quang c□a b□nh vi□n Ch□ R□y tr□□c l□n nh□p vi□n này 5 thá



Hình 6: hình ch□p b□nh nhân 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[8] treo đ□i tràng trái □ b□nh nhân c□a Kiyotaka- karuchi



Hình 8: hình mô t□ b□c ph□c m□c b□m sinh □ b□nh nhân c□a Huddy SPJ và Bailey ME [6]

BÀN LU□N

B□c phúc m□c b□m sinh là tình tr□ng b□t th□□ng đ□□c cho là có s□ b□t th□□ng s□ ra và vào l□i ru□t giai đo□n tu□n th□ 8 đ□n tu□n th□ 12 c□a thai k□, ru□t non tr□ nên dính vào c□ túi noãn hoàng, không liên quan đ□n tình tr□ng ru□t xoay b□t toàn và th□□ng không có tri□u ch□ng[3,10,16,17].

Theo Sieck có hai l□ vào và ra cho ru□t non [16]. Thoát v□ qua m□c treo đ□i tràng trái b□m sinh đ□□c cho là do quay ng□□c ru□t vào sau m□c treo đ□i tràng. M□t s□ tác gi□ khác cho r□ng do s□ thi□u b□n v□ng c□a m□c treo đ□i tràng □ ph□n gi□a tĩnh m□ch m□c treo tràng d□□i và thành sau [1,2,3,9,18,19]. Các báo cáo đ□u cho r□ng th□□ng thì b□c phúc m□c b□m sinh là không có tri□u ch□ng song m□t vài báo cáo là có đau b□ng t□ng c□n, t□c ru□t c□p [5,6,10,11,14,15,16,17,18].

.

M□c dù c□ hai tr□□ng h□p đ□u do l□i ra và vào l□i c□a ru□t trong th□i k□ bào thai và tên g□i thoát v□ qua m□c treo đ□i tràng trái đ□□c □a thích h□n trong tr□□ng h□p b□c phúc m□c ch□ có m□t l□ m□ [6]. Trong tr□□ng h□p c□a chúng tôi thì b□c ch□ có m□t ch□ m□ n□i quai ru□t non vào và ra, tuy nhiên □ đây b□c phúc m□c n□m đ□c l□p hoàn toàn phía tr□□c m□c treo đ□i tràng trái, ch□ ph□n m□t sau c□ túi liên t□c theo ngay d□□i góc treizt, b□nh nhân c□a chúng tôi khá t□□ng t□ hình mô t□ tr□□ng h□p c□a Huddy SPJ và Bailey ME [6]. Chính d□a trên các đ□c đi□m gi□i ph□u, c□ ch□ sinh b□nh h□c đ□□c báo cáo thì tr□□ng h□p b□nh c□a chúng tôi g□i là b□c phúc m□c b□m sinh.

Ch□n đoán b□c phúc m□c b□m sinh tr□□c m□ là r□t khó[7,13,14]. Naraynsingh [12] mô t□ hai d□u hi□u lâm sàng giúp ch□n đoán là v□ trí đau c□ đ□nh, b□ng ch□□ng không cân x□ng và không thay đ□i theo t□ th□. Phim X-quang b□ng đ□ng có th□ bình th□□ng hay có hình □nh t□c ru□t. Ch□p c□t l□p vi tính có th□ th□y màng m□ng, màng này không dính v□i các quai ru□t t□p trung bên trong nh□ng không đ□c hi□u
(4)
. Ph□u thu□t yêu c□u ph□i gi□i phóng ru□t ra kh□i b□c, b□c đ□□c c□t b□ là an toàn và không có bi□n ch□ng
(6)
. Trong tr□□ng h□p c□a chúng tôi, thì không c□t b□ b□c mà khâu x□p l□i và đính vào m□c treo đ□i tràng trái cũng khá nhanh và an toàn.

K□T LU□N:

Nguyên nhân t□c ru□t non do b□c phúc m□c b□m sinh r□t hi□m g□p và khó ch□n đoán tr□□c m□. Song v□i nh□ng tr□□ng h□p t□c ru□t tái di□n nhi□u l□n, vi□c k□t h□p lâm sàng, c□n lâm sàng, và s□ hi□u bi□t v□ đ□c đi□m b□nh lí này có th□ giúp ch□n đoán đ□□c tr□□c m□, ph□u thu□t đi□u tr□ s□m cho b□nh nhân, đ□c bi□t có h□□ng đi□u tr□ thích h□p khi phát hi□n tình c□ trong m□ và nh□t là ph□u thu□t n□i soi đ□□c □ng d□ng r□ng rãi nh□ hôm nay thì h□n ch□ đ□□c chuy□n t□ m□ n□i soi sang m□ m□.

[*] * khoa ngo□i T□ng Quát BVĐK Qu□ng Nam.

TÀI LI□U THAM KH□O

1. Andrews E. Duodenal hernia - A misnomer. Surg Gynaecol Obstet 1923; 37:740-50.
2. Berardi RS. Paraduodenal hernia. Surg Gynaecol Obstet 1981; 152:99-110.
3. Callander CL, Rusk GY, Nemir A. Mechanism, symptoms and treatment of hernia into the descending mesocolon (left paraduodenal hernia). Surg Gynaecol Obstet 1935; 60:1052-71.
4. Chew M H, Sophian Hadi I, Chan G, Ong H S, Wong W K. A problem encapsulated: the rare peritoneal encapsulation syndrome. Singapore Med J 2006; 47(9) : 1
5. Cleland J. On an abnormal arrangement of the peritoneum with remarks on the development of the mesocolon. J Anat Physiol 1868; 2:201-6.
6. Huddy SPJ, Bailey ME. Small bowel obstruction due to peritoneal encapsulation. Br J Surg 1988; 75:262.
7. Jagannath M Sherigar, Brendon McFall and Jaweed Wali. Peritoneal encapsulation:

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 byascending 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-Taan, Martyn D Evans, Javid A Shami. An asymptomatic case of peritoneal encapsulation: case report and review of theliterature. Al-Taan 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 basic 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.