

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP DÒ SỎI TÚI MẬT VÀO TÁ TRÀNG GÂY TẮC RUỘT NON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHÁNH HÒA

Đoàn Vũ Xuân Lộc, Đỗ Tâm Thanh

Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa

Tóm tắt

Một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của bệnh sỏi túi mật là sỏi mật di chuyển vào ống tiêu hóa qua lỗ dò mật ruột, từ đó gây tắc nghẽn lưu thông ruột. Chúng tôi báo cáo một trường hợp dò sỏi túi mật vào tá tràng gây tắc ruột non. Bệnh nhân nam giới 35 tuổi có tiền sử bệnh tiểu đường type 1 và di chứng đột quỵ, biểu hiện tình trạng tắc ruột với triệu chứng đau bụng, nôn ói, bí trung đại tiện và bụng chướng. Chụp cắt lớp vi tính bụng bởi máy chụp đa dãy cho thấy nhiều quai ruột non giãn lớn với các mức hơi dịch, hình ảnh đại tràng bình thường, phát hiện dị vật cản quang mạnh hình cầu có dạng bia bắn nằm trong quai đoạn cuối hồi tràng vùng hố chậu phải. Kết quả phẫu thuật là một viên sỏi mật lớn đường kính 30mm nằm trong quai hồi tràng.

Từ khóa: tắc ruột do sỏi túi mật, sỏi mật, dò mật ruột

Abstract

CASE REPORT OF CHOLECYSTO-DUODENAL FISTULA BY GALLSTONE CAUSING SMALL BOWEL OBSTRUCTION AT KHANH HOA GENERAL HOSPITAL

Doan Vu Xuan Loc, Do Tam Thanh

Department of Radiology, Khanh Hoa General Hospital

A rare but serious complication of cholelithiasis is the transition of a gallstone in the gastrointestinal tract through a biliary-enteric fistula, thereby causing a traffic mechanical obstruction of intestine. We report a case of cholecysto-duodenal fistula that causes small bowel obstruction by gallstone (gallstone ileus). A 35-year-old male patient with a history of type 1 diabetes and stroke sequelae, clinical presentation of intestinal obstruction with abdominal pain, vomiting, does not fart and defecate, abdominal distention. Multi-slice computer tomography scan of the abdomen shows large dilated small bowel loops containing air-fluid levels, colon is in normal aspect, detects foreign body that is spherical and high density like target shape in the distal ileum loop at the right iliac fossa. Result of surgery is a big bile stone with 30mm in diameter located in the ileum loop.

Keywords: gallstone ileus, biliary stones, biliary-enteric fistula

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sỏi túi mật chiếm 10% dân số Mỹ và các nước Tây Âu [1]. Một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của sỏi túi mật là tắc ruột do sỏi mật chiếm tỷ lệ khoảng 0,3-0,5% [2]. Sỏi mật chiếm 1-4% trong cơ chế tắc nghẽn cơ học ở ruột non [1],[3],[4]. Tỷ lệ mắc ước tính trong dân số đối với tắc ruột do sỏi mật là 0,9/100.000 người/năm, độ tuổi thường gặp trên 65 tuổi và nữ giới thường gặp hơn nam giới với tỷ lệ 4:1 [2]. Bệnh lý này thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn [1].

Cơ chế do sự bào mòn của sỏi từ túi mật vào tá tràng gây dò mật ruột, và khi sỏi túi mật di chuyển vào ruột non chúng có thể bị nghẽn lại gây tắc ruột. Dò mật ruột là kết quả lâu dài của bệnh sỏi mật, thường là các đợt tái diễn cơn đau quặn mật và viêm túi mật mạn [5]. Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào vị trí tắc, triệu chứng thường gặp là đau bụng, buồn nôn và nôn. Phẫu thuật là phương pháp chủ yếu được lựa chọn để điều trị. Các yếu tố nguy cơ của dò sỏi mật là sỏi đa ổ đường và béo phì [6].

Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh bao gồm siêu

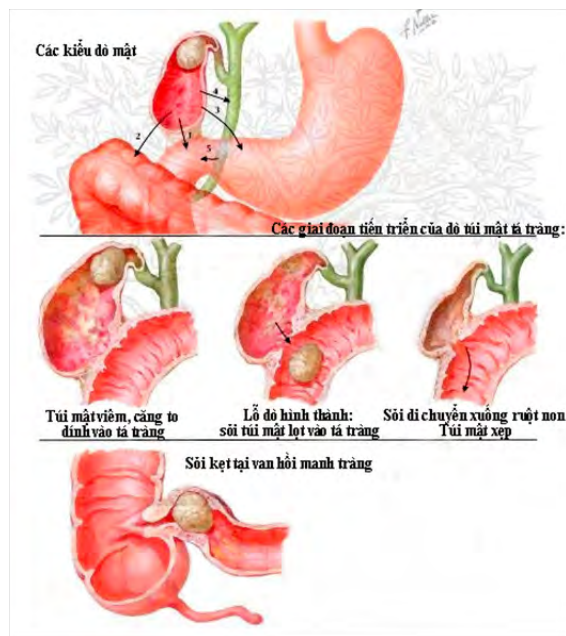
- Địa chỉ liên hệ: Đoàn Vũ Xuân Lộc, email: dovuxulo@gmail.com

- Ngày nhận bài: 4/6/2016; Ngày đồng ý đăng: 22/6/2016; ngày xuất bản: 12/7/2016

DOI: 10.34071/jmp.2016.3.4

âm, X quang, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ giúp ích cho chẩn đoán. Siêu âm phát hiện được sỏi túi mật, bất thường ở thành và lòng túi mật, thấy được sự giãn các quai ruột, có thể phát hiện được nguyên nhân gây tắc ruột trong một số trường hợp. X quang có thể thấy khí trong đường mật, giãn ruột non với mức hơi dịch điển hình của ruột tắc, có thể phát hiện sỏi mật. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính đa dãy là kỹ thuật nhạy hơn hết và vì vậy là phương tiện hình ảnh được lựa chọn [3]. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của chụp cắt lớp vi tính đối với các sỏi túi mật gây tắc ruột non ở đoạn xa lần lượt là 93%, 100% và 99% [7]. Một tỷ lệ tiềm ẩn khoảng 15-25% sai sót của chụp cắt lớp vi tính đối với các sỏi túi mật không cản quang, các sỏi này có hệ số hấp thụ bức xạ (tia X) giống dịch mật hay các chất dịch khác [8]. Các trường hợp dị ứng với thuốc cản quang có thể chụp cộng hưởng từ, kỹ thuật này cho phép phát hiện sỏi và vị trí dò mật [5],[8].

Một số con đường dò sỏi mật vào ống tiêu hóa được y văn thế giới ghi nhận như sau (hình 1):



Hình 1. Các kiểu dò mật [9]

1. Dò túi mật tá tràng. 2. Dò túi mật đại tràng.
3. Dò túi mật dạ dày. 4. Dò túi mật ống mật chủ.
5. Dò ống mật chủ tá tràng

Cơ chế hình thành dò túi mật tá tràng (hình 1): Ban đầu lòng túi mật có sỏi, về sau túi mật bị viêm, căng to và dính vào tá tràng, dần dần hình thành lỗ dò và sỏi túi mật lọt qua lỗ dò để vào tá tràng. Lúc này túi mật xẹp do dịch mật đã đổ vào tá tràng qua

lỗ dò còn sỏi sẽ di chuyển trong lòng tá tràng xuống ruột non. Sỏi thường mắc kẹt tại van hồi manh tràng gây tắc ruột non.

2. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Họ và tên: Phạm Quốc D... 35 tuổi, nam giới. Mã số bệnh án 13216.

Nghề nghiệp: Mất sức lao động.

Tiền sử: Đái tháo đường type 1 và di chứng đột quỵ não liệt nửa người trái.

Bệnh sử: Đau bụng trước nhập viện ba ngày, đau bụng từng cơn kèm nôn ói, không đại tiện được.

Khám lâm sàng: Bụng chướng nhiều, ấn đau, gõ đục vùng hai hố chậu, gõ vang vùng giữa bụng.

Xét nghiệm máu: Điện giải đồ giảm ($\text{Na}^+ = 128\text{mmol/l}$, $\text{Cl}^- = 90\text{ mmol/l}$). Đường huyết tăng $= 17\text{mmol/l}$. HbA1C tăng $= 12.3\%$.

Siêu âm: Ghi nhận các quai ruột non giãn lớn và lòng ứ đầy dịch, ruột tăng nhu động vừa và có nhu động đảo chiều. Túi mật khó khảo sát.

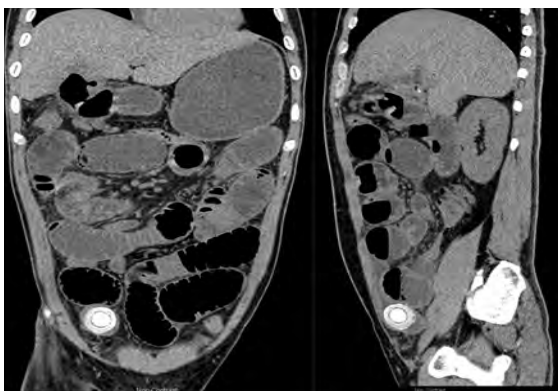
X quang bụng đứng: Thấy hình ảnh các mức hơi dịch điển hình của ruột trong tắc ruột non. Không thấy hình liềm hơi dưới vòm hoành hai bên (hình 2).



Hình 2. X quang bụng đứng thấy các mức hơi dịch điển hình của tắc ruột non

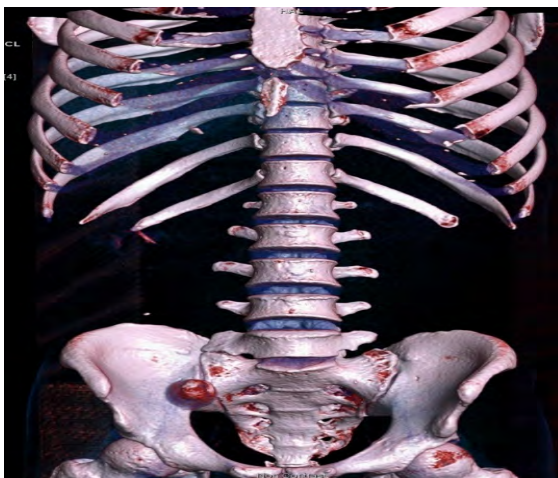
Bệnh nhân được chỉ định chụp bụng cắt lớp vi tính (thực hiện bởi máy SIEMENS SOMATOM Definition AS 128 dãy). Hình ảnh chụp cho thấy vùng hố chậu phải phát hiện dị vật cản quang mạnh có dạng hình cầu nhiều lớp đồng tâm nằm trong lòng một quai ruột

non (hình 3). Dị vật gây giãn lớn các quai ruột trước nó, giãn đến cả tá tràng (đường kính ruột giãn 40-50mm), các quai ruột sau dị vật không giãn. Khung đại tràng hoàn toàn xẹp. Có dịch tự do ổ bụng lượng ít



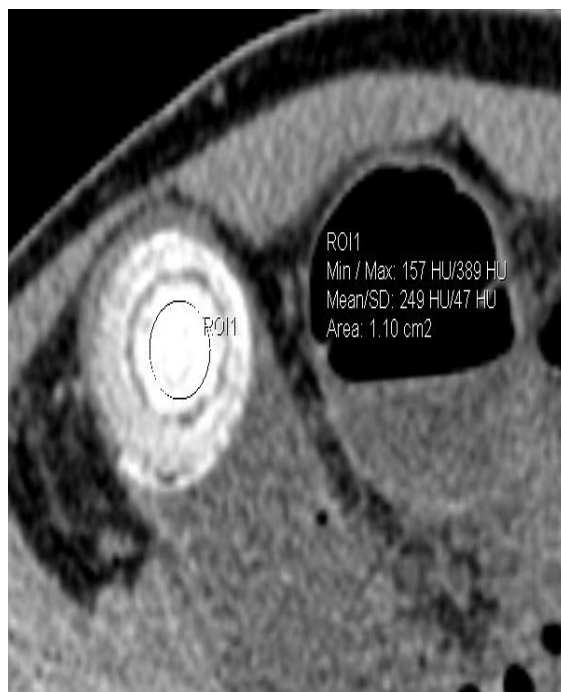
Hình 3. Chụp cắt lớp vi tính thì không thuốc (lần 1)

Qua ba mặt phẳng nhận thấy hố chậu phải có một dị vật cản quang mạnh hình cầu gồm nhiều lớp đồng tâm nằm trong lòng ruột non và các quai ruột non giãn lớn.

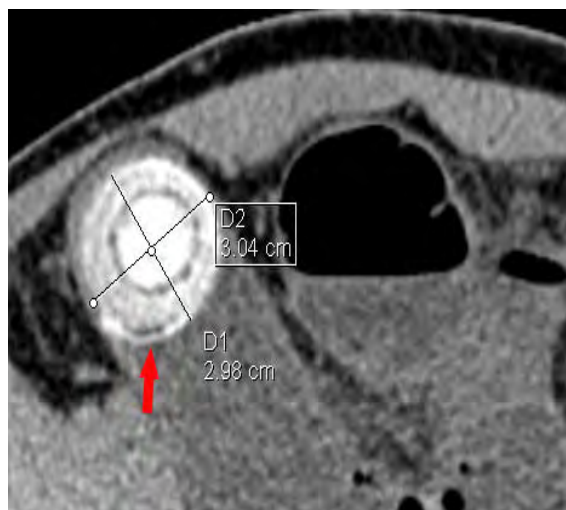


Hình 4. Hình ảnh tái tạo thể tích dị vật cản quang ở thì không thuốc và thì động mạch (chụp lần 1)

Tiến hành đo tỷ trọng của dị vật, nhận thấy dị vật có tỷ trọng 249 HU thuộc nhóm tỷ trọng của vôi hóa (hình 5), dị vật có đường kính khoảng 30 mm (hình 6) và bên trong có chứa khí.

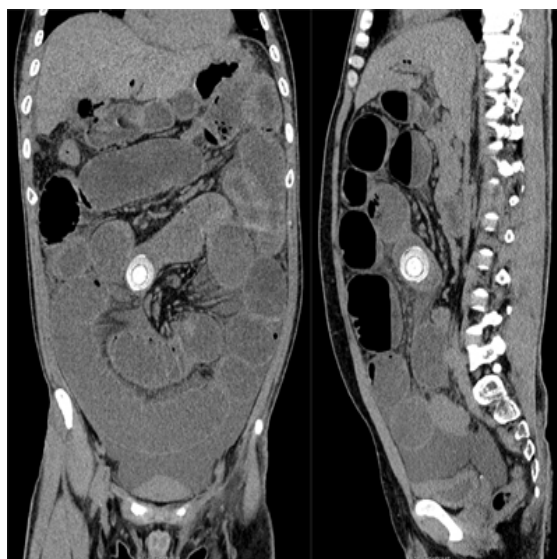
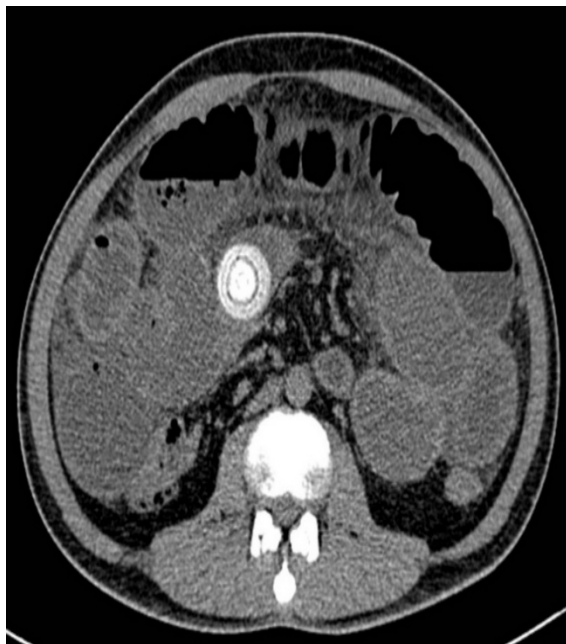


Hình 5. Đo tỷ trọng dị vật



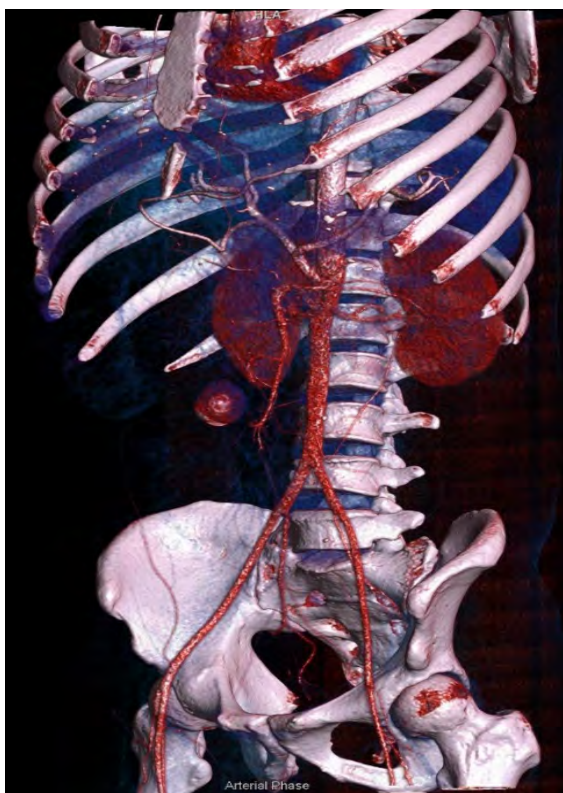
Hình 6. Đo kích thước dị vật và thấy liềm khí bên trong (mũi tên)

Ban đầu, chúng tôi không xác định được sự bất thường ở túi mật để gợi ý cho chẩn đoán. Do đó, chẩn đoán ban đầu của chúng tôi là tắc ruột non khả năng do sỏi phân (u phân). Vì khối dị vật có tỷ trọng cao nên bác sĩ lâm sàng hướng đến khả năng tắc ruột do bã thức ăn, vậy nên bệnh nhân được tiến hành thực thuật đại tràng với hy vọng phá vỡ được khối bã thức ăn nhằm tái lập lưu thông lòng ruột. Tuy nhiên, bệnh cảnh bệnh nhân sau đó không thay đổi nhiều, bụng vẫn chướng căng và mệt mỏi. Bệnh nhân được tiến hành chụp cắt lớp vi tính lần 2 với các hình ảnh như sau:



Hình 7. Chụp cắt lớp vi tính thì không thuốc (lần 2)
Qua ba mặt phẳng nhận thấy dị vật đã di chuyển lên cao ở vùng giữa ổ bụng, hình dạng và kích thước dị vật không thay đổi.





Hình 8. Hình ảnh tái tạo thể tích dị vật cản quang ở thì không thuốc và thì động mạch (chụp lần 2)

Như vậy hình ảnh cấu trúc dị vật không thay đổi mà chỉ di chuyển đến vị trí khác. Dịch tự do ổ bụng lúc này lượng nhiều.

Chẩn đoán trước mổ lúc này: Tắc ruột do dị vật (khả năng sỏi phân hoặc bã thức ăn). Kết quả phẫu thuật: Tắc hồi tràng do sỏi mật. Sỏi có hình tròn đường kính 30mm. Sỏi có sắc tố màu nâu gỉ sét (hình 9).



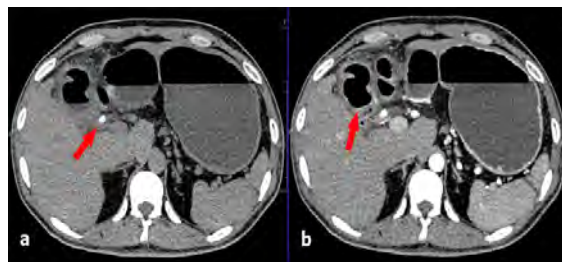
Hình 9. Hình ảnh đại thể viên sỏi mật sau phẫu thuật

3. BÀN LUẬN

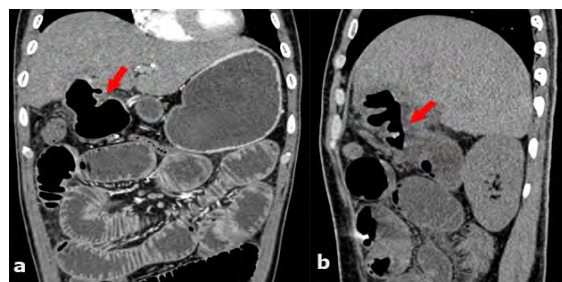
Theo như phân loại các kiểu dò mật (hình 1) thì trường hợp báo cáo của chúng tôi rơi vào kiểu dò túi mật tá tràng. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính tái tạo ba chiều cho thấy rất rõ có sự dò sỏi túi mật vào tá

tràng dẫn đến tắc ruột non cơ học bởi sỏi mật gây tắc nghẽn.

Ở thì chụp không thuốc cản quang, vị trí túi mật không còn thấy hình ảnh túi mật bình thường, thay vào đó là một khoang chứa khí bờ méo mó, không thấy dịch mật, phát hiện có một viên sỏi khoảng 5x3mm gần vị trí khoang chứa khí, điều này gợi ý đây là sỏi túi mật (hình 10a); chụp thì động mạch nhận thấy bờ khoang chứa khí ngấm thuốc kín đáo. Các yếu tố trên giúp khẳng định khoang chứa khí không có dịch mật chính là túi mật và thành túi mật ngấm thuốc bình thường (hình 10b), sỏi phát hiện khả năng nằm ở cổ túi mật. Phát hiện có sự thông thương rõ rệt giữa túi mật (vị trí thân đáy) với tá tràng đoạn D1 (hình 11). Khí trong lòng túi mật là khí từ tá tràng dẫn vào. Phát hiện sự tắc nghẽn ruột non bởi khối dị vật hình tròn có tỷ trọng cao ở quai hồi tràng vùng hố chậu phải làm các quai ruột non ở phía trước nó giãn lớn, các quai ruột phía sau khối dị vật không giãn.



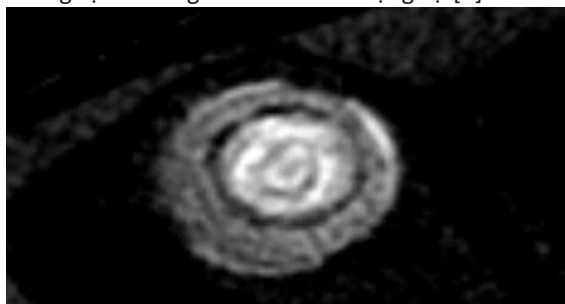
Hình 10. a.Sỏi túi mật. b.Thành túi mật ngấm thuốc kín đáo thì động mạch (mũi tên)



Hình 11. Lỗ dò túi mật vào tá tràng (mũi tên) trên mặt phẳng coronal (a) và sagittal (b)

Có thể giải thích được sự hạn chế khảo sát túi mật trên siêu âm trước đó là bởi túi mật đã thủng và lòng chứa đầy tổ chức khí nên siêu âm không nhận định được hình thái túi mật, ngoài ra bên cạnh túi mật thủng là tá tràng cũng chứa nhiều hơi nên siêu âm càng khó nhận định được hình thái thông thường của túi mật, thêm vào đó là nền bệnh cảnh bụng chướng nhiều bởi các quai ruột giãn lớn tăng nhu động nên càng làm hạn chế nhận định sự bất thường ở túi mật cũng như xác định nguyên nhân gây tắc ruột.

Các sỏi mật trên hình ảnh cắt lớp vi tính đa phần có đặc điểm ngoại vi sỏi là lớp viền mỏng tỷ trọng cao, trung tâm là lớp tỉ trọng thấp [3],[4]. Sỏi mật ở trường hợp của chúng tôi cũng mang phần đặc điểm tương tự với trung tâm sỏi giảm tỷ trọng, kể đến là viền tăng tỷ trọng. Điểm khác biệt lớn ở trường hợp này là sỏi có cấu trúc dạng bia bắn gồm nhiều vòng tròn đồng tâm hình thành bởi các lớp tăng giảm tỷ trọng xen kẽ (hình 12); các lớp này có thể giải thích là do có sự bồi đắp dịch mật trong một khoảng thời gian dài trên bệnh nhân. Chính điều này có thể tạo nên sự bối ngỡ đối với nhận định hình dạng của một viên sỏi mật. Ngoài ra, chúng tôi cũng phát hiện có ít khí bên trong khối sỏi mật (hình 6), điều này cũng tương tự với tác giả Joarder R và cộng sự [3].



Hình 12. Đặc điểm hình ảnh sỏi mật qua cắt lớp vi tính (điều chỉnh giá trị cửa sổ HU giúp nhận biết các đậm độ khác nhau trong cấu trúc sỏi)

Tác giả Koziel S và cộng sự [6] cũng như tác giả Iannetti G và cộng sự [4] cũng đã báo cáo trường hợp tắc ruột non do sỏi mật và có hình ảnh sỏi mật khá giống với trường hợp của chúng tôi.

Theo tác giả Mavroeidis V và cộng sự, kích thước giới hạn của một viên sỏi có thể gây tắc nghẽn dạ dày ruột là 2-2,5cm [5], tuy nhiên có thể gặp sỏi kích thước lớn nhất là 17cm [10]. Có đến 80-90% trường hợp các sỏi nhỏ hơn được đào thải một cách tự nhiên bởi nôn hoặc bằng đường tự nhiên mà không có biểu hiện lâm sàng [11].

Vị trí thường gặp nhất của sỏi túi mật gây tắc ruột là đoạn xa hồi tràng (chiếm 50-75%) nhưng có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào [3],[12]. Tắc nghẽn đoạn gần ít phổ biến hơn, 20-40% trường hợp xảy ra tại đoạn đầu hồi tràng và hỗng tràng, tại dạ dày là 15% và tá tràng 1-3%. Tắc nghẽn tại đại tràng gặp trong 3-25% trường hợp [5],[12].

4. KẾT LUẬN

Tắc ruột non do sỏi mật là bệnh lý hiếm gặp. Những hình ảnh đặc trưng của sỏi mật kèm các dấu hiệu gợi ý từ đường mật giúp định hướng cho chẩn đoán. Siêu âm phụ thuộc rất nhiều vào người làm. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy là kỹ thuật tốt để chẩn đoán xác định trước phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Masannat Yaz, Masannat Yan, Shatnawei A (2006), "Gallstone ileus: a review", Mount Sinai J Med, 73, pp. 1132-1134.
2. Beuran M, Ivanov I, Venter M (2010), "Gall-stone ileus – clinical and therapeutic aspects", J Med Life, 3(4), pp. 365-371.
3. Joarder R, Crundwell N, Gibson M (2011), "Case 1", Case Studies in Abdominal and Pelvic Imaging, pp. 1-3.
4. Iannetti G, Addetta V, Sestili S, et al (2014), "An Infrequent Case of Intestinal Obstruction: Gallstone Ileus", Clinical Medicine and Diagnostics, 4(6), pp. 107-112.
5. Mavroeidis V, Matthioudakis D, Economou N, et al (2013), "Bouveret syndrome-the rarest variant of gall-stone ileus: a case report and literature review", Case Reports in Surgery, 2013, pp. 1-6.
6. Koziel S, Papaj P, Dobija-Kubica K, et al (2015), "Gall-Stone Ileus – Own Patients And Literature Review", Polish Journal of Surgery, 87(5), pp. 260-267.
7. Yu CY, Lin CC, Shyu RY, et al (2005), "Value of CT in

the diagnosis and management of gall-stone ileus", World J Gastroenterol, 11(14), pp. 2142-2147.

8. Pickhardt PJ, Friedland JA, Hruza DS, et al (2003), "Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome", AJR, 180(4), pp. 1033-1035.

9. Netter FH (1964), "The Netter Collection of Medical Illustrations, Volume 3, Digestive System, Part III - Liver, Biliary Tract and Pancreas", pp. 132.

10. Turner G (1932), "A giant gall-stone impacted in the colon and causing acute obstruction", Br J Surg, 20, pp. 26-33.

11. Fitzgerald JE, Fitzgerald LA, Maxwell-Armstrong ChA, et al (2009), "Recurrent gall-stone ileus: time to change our surgery?", J Digestive diseases, 10(2), pp.149-151.

12. Vasilescu A, Cotea E, Palaghia M, et al (2013), "Gallstone ileus: a rare cause of intestinal obstruction – case report and literature review", Chirurgia (Bucur), 108(5), pp. 741-744.