

Dò đại tràng bàng quang do viêm túi thừa đại tràng xích ma: báo cáo một trường hợp lâm sàng

Đoàn Phước Vững¹, Nguyễn Hữu Trí^{1,2*}

(1) Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

(2) Bộ môn Giải phẫu - Phẫu thuật thực hành, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hiện nay, viêm túi thừa ngày càng phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh lý dò đại tràng bàng quang. Bệnh để lại nhiều biến chứng ảnh hưởng chất lượng cuộc sống thậm chí gây tử vong. **Trường hợp lâm sàng:** Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam, 42 tuổi được điều trị thành công dò đại tràng bàng quang do bệnh lý túi thừa xuất hiện sốc nhiễm trùng. **Kết luận** Điều trị dò đại tràng bàng quang do bệnh lý túi thừa cần phải kiểm soát tốt tình trạng nhiễm trùng, phẫu thuật tái lập lưu thông tiêu hóa và đóng lỗ dò bàng quang.

Từ khóa: viêm túi thừa, đại tràng xích ma, dò đại tràng bàng quang.

Abstract

Colovesical fistula due to diverticular disease of sigmoid colon: a case report

Doan Phuoc Vung¹, Nguyen Huu Tri^{1,2*}

(1) Digestive Surgery Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

(2) Department of Anatomy and Surgical Training, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background Nowadays, diverticular disease of the colon is an increasingly common diagnosis and is a leading cause of colovesical fistula. This disease causes many complications affecting quality of life even causing death. **Case report** We report a 42-year-old man who was successfully treated for a colovesical fistula due to diverticulitis of the sigmoid colon presenting with septic shock. **Conclusions** Treatment of colovesical fistula due to diverticular disease requires control of infection and surgical reconstruction of gastrointestinal tract and closure of bladder fistula.

Keywords: diverticular disease, sigmoid colon, colovesical fistula.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa đại tràng là một cấu trúc dạng túi phình ra từ thành đại tràng. Đây là bệnh lý khá phổ biến, tỉ lệ mắc thay đổi theo tuổi. Nghiên cứu của Shahedi và cộng sự (cs) cho thấy tỷ lệ túi thừa đại tràng dưới 20% ở nhóm 20 tuổi nhưng lên đến 60% ở nhóm trên 60 tuổi. Tỷ lệ xuất hiện viêm túi thừa đại tràng khoảng 4,3% ở những bệnh nhân phát hiện tình cờ túi thừa đại tràng qua nội soi [1].

Các biến chứng hay gặp của bệnh lý viêm túi thừa đại tràng gồm chảy máu, áp xe quanh đại tràng, tắc ruột, thủng gây viêm phúc mạc và dò vào các tạng lân cận. Biến chứng dò hay gặp nhất là dò vào bàng quang, ngoài ra còn gặp dò vào âm đạo, ruột non và tử cung [2]. Ngày nay, tỷ lệ viêm túi thừa đại tràng ngày càng tăng đi kèm với dò đại tràng bàng quang cũng tăng kèm [3]. Dò đại tràng bàng quang dù chỉ gặp ở một số ít trường hợp, chiếm khoảng 3 - 4% bệnh nhân được phẫu thuật do viêm túi thừa

đại tràng nhưng bệnh để lại nhiều biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, thậm chí tử vong, đặc biệt do tình trạng nhiễm trùng từ đường tiết niệu, áp xe quanh vị trí dò [3]. Nguyên nhân thường gặp nhất của dò đại tràng bàng quang là do biến chứng của bệnh lý túi thừa đại tràng với tỉ lệ 65 - 79%, tiếp đến là ung thư đại tràng hoặc bệnh Crohn [4 - 7]. Bệnh lý dò đại tràng bàng quang ở Việt Nam còn khá ít gặp, rất ít báo cáo đề cập đến biến chứng này.

Điều trị dò đại tràng bàng quang do túi thừa đại tràng bằng phẫu thuật là bắt buộc để khôi phục lưu thông tiêu hóa bình thường, vừa ngăn tình trạng nhiễm trùng dai dẳng. Phẫu thuật bao gồm cắt đoạn đại tràng bệnh lý kèm theo khâu bàng quang nếu cần [3]. Có thể lựa chọn mổ mở hoặc nội soi, một thì hoặc nhiều thì tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân và đặc điểm của bệnh lý, tuy nhiên việc kiểm soát tình trạng nhiễm trùng luôn được đặt ra trước

phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng dò đại tràng bàng quang do bệnh lý túi thừa đại tràng xích ma xuất hiện sốc nhiễm trùng được súc rửa, dẫn lưu bàng quang ra da và làm hậu môn nhân tạo kiểm soát nhiễm trùng sau đó phẫu thuật phẫu thuật thành công.

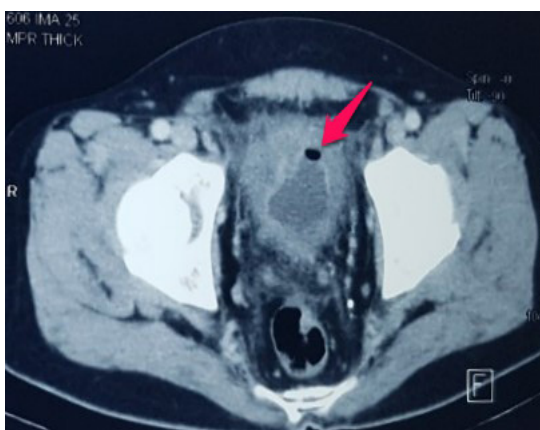
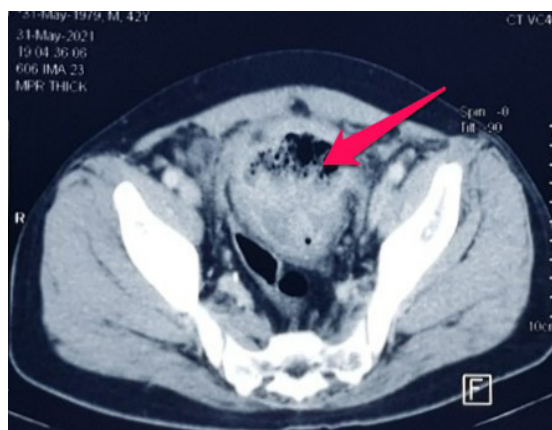
2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 42 tuổi, nhập viện với triệu chứng tiểu ra phân, nước tiểu đục, tiểu khó trong vòng 3 tháng trước vào viện. Thăm khám ghi nhận lúc và viện mạch 148 lần/phút, nhiệt độ 39,3°C, huyết áp 150/100 mmHg, BMI 24,8 kg/m², sờ được khối chắc, cứng vùng hạ vị kém di động. Kết quả CT scan cho hình ảnh dày đại tràng xích ma mất ranh giới với bàng quang, có khí trong lòng bàng quang, nhiều túi thừa dọc khung đại tràng (Hình 1). Dựa vào lâm sàng và kết quả CT scan chẩn đoán dò đại tràng xích ma bàng quang. Sau khi nhập viện 1 ngày bệnh nhân xuất hiện biểu hiện sốt cao 39°C, vã mồ hôi, mạch nhanh 110 lần/phút, bạch cầu 17,22 G/l, CRP 83,19 mg/l. Cảnh giác tình trạng sốc nhiễm trùng do dò đại tràng xích ma bàng quang không đáp ứng với điều trị bảo tồn nên bệnh nhân được súc rửa,

dẫn lưu bàng quang trên xương mu và đưa hồi tràng ra da. Kháng sinh toàn thân bao gồm Imipenem và Metronidazole. Sau 8 ngày điều trị, tình trạng nhiễm trùng ổn định, bệnh nhân được nội soi đại tràng, xác định nhiều túi thừa kèm soi bàng quang phát hiện có hình ảnh lỗ dò, sinh thiết tổn thương cho kết quả viêm cấp, không thấy hình ảnh ác tính.

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật mổ mở cắt đại tràng xích ma kèm đóng lỗ dò bàng quang. Quan sát trong mổ không thấy tổn thương thứ phát, túi thừa đại tràng xích ma áp xe hóa dò vào bàng quang, đoạn đại tràng trên chỗ dò giãn lớn, ứ đọng nhiều phân. Tiến hành cắt đoạn đại tràng xích ma tái lập lưu thông tiêu hóa tạm tạm. Bơm xanh methylene qua dẫn lưu bàng quang trên xương mu làm căng bàng quang để đánh giá lỗ dò trên thành bàng quang thì thấy lỗ dò đã đóng, nên quyết định khâu tăng cường tại vị trí lỗ dò ở thành bàng quang bằng các mũi chỉ tiêu chậm.

Hậu phẫu diễn tiến ổn định. Sau phẫu thuật 12 ngày, bệnh nhân ổn định được ra viện. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không thấy tổn thương ác tính. Rút dẫn lưu bàng quang sau 2 tuần và đóng hồi tràng ra da sau 4 tuần.



Hình 1. Hình ảnh khí trong lòng bàng quang (mũi tên đỏ)

3. BÀN LUẬN

Dò đại tràng bàng quang có nhiều nguyên nhân: do viêm túi thừa đại tràng, Crohn, ung thư đại tràng, ung thư bàng quang... Trong đó, nguyên nhân thường gặp nhất do viêm túi thừa đại tràng [8].

Bệnh lý túi thừa thay đổi theo tuổi và địa lý, ở các quốc gia phương Tây chủ yếu ở đại tràng trái, đặc biệt ở đại tràng xích ma. Ở châu Á, tỉ lệ bệnh lý túi thừa đại tràng từ 13 đến 25%, chủ yếu ở đại tràng bên phải [9]. Bệnh nhân có túi thừa đại tràng, khi có tình trạng tắc nghẽn do phân hoặc tăng áp lực trong lòng túi thừa dẫn đến tình trạng viêm, nặng hơn gây nên áp xe hoặc hoại tử khu trú dẫn đến thủng

túi thừa gây viêm phúc mạc. Do tình trạng viêm thường nhẹ và lỗ thủng nhỏ nên thường khu trú bởi mỡ quanh đại tràng và mạc treo tạo nên các ổ áp xe khu trú. Khi ổ áp xe này gần cơ quan lân cận có thể gây nên tình trạng dò. Biểu chứng dò đại tràng bàng quang thứ phát do viêm túi thừa xảy ra khoảng 3 - 4% các trường hợp viêm túi thừa. Dò đại tràng bàng quang do viêm túi thừa, là tình trạng cần can thiệp phẫu thuật, trong đó dò đại tràng bàng quang là hay gặp nhất chiếm 65 - 69% [2, 3]. Bệnh nhân thường vào viện với triệu chứng nhiễm trùng đường tiểu dưới tái diễn, tiểu có bọt khí hoặc tiểu phân khi tình trạng muộn. CT scan hoặc MRI và nội soi đại

tràng thường đủ để chẩn đoán dò đại tràng bằng quang. Ngoài ra có thể sử dụng chụp bàng quang với thuốc cản quang, soi bàng quang ở những cơ sở không có CT scan [4].

Điều trị dò đại tràng bằng quang thường đòi hỏi phải phẫu thuật, tuy nhiên cần phải kiểm soát được tình trạng nhiễm trùng ổ bụng hoặc đường tiểu do tình trạng dò phân gây ra. Ở bệnh nhân dò đại tràng bàng quang, tỉ lệ tử vong do nhiễm trùng có thể lên tới 75% [4]. Do đó, việc điều trị nhiễm trùng nhất là bệnh nhân có tình trạng sốc nhiễm trùng phải được ưu tiên, sau đó mới tính đến phương án phẫu thuật đóng đường dò. Kháng sinh phổ rộng kết hợp với giảm áp bàng quang bằng ống thông tiểu nên được sử dụng ngay khi có tình trạng nhiễm trùng. Lựa chọn loại phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí đại tràng, bản chất giải phẫu bệnh và tình trạng của bệnh nhân nhằm mục đích cắt đoạn đại tràng liên quan đến đường dò, có thể nối ngay hoặc trì hoãn và đóng lại lỗ dò bàng quang. Trong dò đại tràng bàng quang do túi thừa, thường áp dụng phẫu thuật một thì. Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thực hiện miệng nối thành công lên đến 92%. Một số trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao không đủ khả năng phẫu thuật kéo dài hay nguy cơ rò miệng nối thì có thể phẫu thuật nhiều thì [10]. Ở bệnh nhân của chúng tôi do tình trạng tiểu ra phân kéo dài, nên việc đặt ống thông tiểu không hiệu quả, phải dẫn lưu bàng quang giảm

áp kết hợp mở thông hồi tràng mới kiểm soát được tình trạng nhiễm trùng, tình trạng của bệnh nhân cũng không cho phép phẫu thuật một thì. Khi bệnh nhân ổn định, chúng tôi làm các xét nghiệm chẩn đoán, loại trừ bệnh lý ác tính và được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng kèm đóng lỗ dò bàng quang. Theo một số tác giả, trong dò đại tràng bàng quang do túi thừa, việc chỉ làm hậu môn nhân tạo và để lỗ dò tự bít hoặc điều trị bảo tồn không phẫu thuật tỉ lệ thành công rất thấp, nguy cơ nhiễm trùng đường tiểu dai dẳng thậm chí tử vong vì các biến chứng [4], [11]. Về xử lý vị trí dò ở thành bàng quang, chúng tôi phẫu thuật tích đại tràng ra khỏi bàng quang và kiểm tra không thấy dò bàng quang nên chúng tôi chỉ khâu các mũi chỉ tăng cường. Một số nghiên cứu cũng cho thấy việc cắt một phần bàng quang là không cần thiết [12].

Hiện nay, ngoài chỉ định mổ mở, một số nghiên cứu cho thấy áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị dò đại tràng bàng quang cho thấy sự an toàn tuy nhiên tỉ lệ chuyển sang mổ mở còn cao đặc biệt ở những bệnh nhân dò thành sau bàng quang [10], [12].

4. KẾT LUẬN

Bệnh lý dò đại tràng bàng quang hay gặp do nguyên nhân viêm túi thừa đại tràng, lựa chọn phẫu thuật có thể một thì hoặc nhiều thì nhưng cần ưu tiên kiểm soát vấn đề nhiễm trùng ổ bụng, nhiễm trùng đường tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Shahedi K, Fuller G, Bolus R, Cohen E, Vu M, Shah R, et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2013;11(12):1609–13.
- Woods RJ, Lavery IC, Fazio VW, Jagelman DG, Weakley FL. Internal fistulas in diverticular disease. *Dis Colon Rectum*. 1988 Aug;31(8):591–6.
- Bertelson NL, Abcarian H, Kalkbrenner KA, Blumetti J, Harrison JL, Chaudhry V, et al. Diverticular colovesical fistula: What should we really be doing? *Tech Coloproctol*. 2018;22(1):31–6.
- Garcea G, Majid I, Sutton CD, Pattenden CJ, Thomas WM. Diagnosis and management of colovesical fistulae; six-year experience of 90 consecutive cases. *Colorectal Disease*. 2006;8(4):347–52.
- Pollard SG. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* (1987) vol. 69. 1987;69:21–3.
- Mileski WJ, Joehi RJ, Rege R v., Nahrwold DL. One-stage resection and anastomosis in the management of colovesical fistula. *The American Journal of Surgery*. 1987 Jan;153(1):75–9.
- Daniels IR, Bekdash B, Scott HJ, Marks CG, Donaldson DR. Diagnostic lessons learnt from a series of enterovesical fistulae. *Colorectal Disease*. 2002 Nov;4(6):459–62.
- Kiani QH, George ML, Carapeti EA, Schizas AMP, Williams AB. Colovesical fistula: Should it be considered a single disease? *Ann Coloproctol*. 2015;31(2):57–62.
- Chan CC, Lo KKL, Chung ECH, Lo SS, Hon TYW. Colonic diverticulosis in Hong Kong: Distribution pattern and clinical significance. *Clin Radiol*. 1998;53(11):842–4.
- Cochetti G, Del Zingaro M, Boni A, Cocca D, Panciarola M, Tiezzi A, et al. Colovesical fistula: Review on conservative management, surgical techniques and minimally invasive approaches. *Giornale di Chirurgia*. 2018;39(4):195–207.
- Solkar MH, Forshaw MJ, Sankararajah D, Stewart M, Parker MC. Colovesical fistula - Is a surgical approach always justified? *Colorectal Disease*. 2005;7(5):467–71.
- Kitaguchi D, Enomoto T, Ohara Y, Owada Y, Hisakura K, Akashi Y, et al. Laparoscopic surgery for diverticular colovesical fistula: Single-center experience of 11 cases. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):1–6.