

SA KHỐI LỒNG ĐẠI TRÀNG CHẬU HÔNG QUA HẬU MÔN DO UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN ĐẠI TRÀNG CHẬU HÔNG

Nguyễn Trung Tín¹, Lưu Hiếu Nghĩa², Lý Hữu Phú²,
Nguyễn Việt Bình², Võ Thị Trâm Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc ruột là một trường hợp cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong ung thư đại tràng nhất là ung thư đại tràng bên trái. Tổn thương u gây tắc ruột do làm hẹp lòng đại tràng hay đôi khi gây lồng đại tràng chậu hông.

Trường hợp lâm sàng: Trong nội dung bài báo này chúng tôi mô tả một trường hợp ít gặp ung thư biểu mô của đại tràng chậu hông gây lồng đại tràng chậu hông trực tràng, không sa trực tràng và dần dần gây tắc ruột. Phẫu thuật cắt đoạn khối ruột lồng được thực hiện qua ngã bụng và đáy chậu.

Kết luận Nên chụp CT bụng trước mổ trong các trường hợp tắc ruột đại tràng ở người trưởng thành để phát hiện thương tổn và nguyên nhân gây tắc ruột đặc biệt là các trường hợp cấp tính gây tắc ruột. Trong các trường hợp sa trực tràng cần nên thăm khám cẩn thận để phân biệt với các trường hợp lồng đại tràng chậu hông trực tràng do ung thư đại tràng chậu hông.

Từ khóa: Tắc đại tràng, Lồng ruột, Sa trực tràng, Ung thư đại tràng chậu hông.

SUMMARY

PROLAPSE OF SIGMOID INTUSSUSCEPTION THROUGH ANUS

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Tín

Email: tin.nt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 2.6.2022

CAUSED BY CARCINOMA OF SIGMOID COLON

Background: Intestinal obstruction caused by large bowel carcinoma is a common surgical emergency especially in the left colon. Such lesions cause intestinal obstruction by luminal narrowing prior to cause of sigmoid intussusception.

Case presentation: We report a case of intussuscepted sigmoid colon into the rectum protruding from the anus, without rectal prolapse, and eventually large bowel obstruction. The resection of sigmoid intussusception was done by the adominoperineal approach.

Conclusion: Pre-operative CT should be done in all adult large bowel obstruction to look for cause of obstruction and to rule out malignancy as a cause of obstruction. Every case of rectal prolapse should be diligently evaluated to rule out sigmoid intussusception as a result of sigmoid cancer.

Keywords: Large bowel obstruction, Intussusception, Rectal prolapse, Sigmoid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là một trường hợp cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp với tỷ lệ tử vong và biến chứng cao nếu chẩn đoán không kịp thời. Tắc ruột ở đại tràng do ung thư cũng là nguyên nhân thường gặp, nhất là ung thư đại tràng trái [1]. Ung thư đại tràng trực tràng là ung thư thường gặp thứ hai sau ung thư phổi tại các thành phố lớn như Hà nội và thành

phổ Hồ Chí Minh. Tuy nhiên, lồng ruột gây tắc ruột chỉ chiếm khoảng 1-2% các trường hợp, trong đó khối u là nguyên nhân gây lồng ruột [2]. Hơn phân nửa các trường hợp là các khối u ác tính như ung thư biểu mô tuyến, u lympho và ung thư di căn. Các bệnh cảnh lâm sàng lồng ruột gây tắc ruột do do ung thư đại tràng chậu hông hiếm gặp nhất là các trường hợp sa đại tràng chậu hông ra ngoài qua ngõ hậu môn. Trong bài báo này chúng tôi trình bày một trường hợp sa đại tràng chậu hông do ung thư biểu mô đại tràng chậu hông, gây lồng ruột và tắc ruột, trên lâm sàng có thể chẩn đoán lầm với sa trực tràng.

II. CA LÂM SÀNG

Người bệnh phái nam, 54 tuổi. 30 ngày trước nhập viện, người bệnh thấy mệt nhiều, đau âm ỉ hạ vị, thường xuyên đi cầu lắt nhắt, có chảy dịch nhầy, thỉnh thoảng lẫn máu bầm, kèm sụt cân nhiều (gần 10 kg) nên đi khám tại Bệnh viện Nhân dân 115. Tại đây người bệnh được chẩn đoán nghi ngờ ung thư đại tràng (người nhà không rõ kết quả nội soi, giấy xuất viện: viêm đại tràng mạn). Người bệnh được chuyển Bệnh viện Ung Bướu Tp Hồ Chí Minh, thực tháo và dự kiến nội soi, sau khi thực tháo, khối ruột sa ra ngoài qua ngã hậu môn, người bệnh và thân nhân không đồng ý điều trị tiếp nên xin về tự điều trị tại nhà. Khối lồng ngày càng sa nhiều thêm, người bệnh ăn uống kém, phân tự thoát theo đoạn trực tràng sa ra phía ngoài, phân vàng, lẫn nhầy. Một ngày trước nhập viện người bệnh không đi cầu, hơi thỉnh thoảng xì ra được qua khối ruột sa, bụng chướng nhiều, người bệnh cảm thấy đau bụng từng cơn và buồn nôn nên nhập cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Người bệnh có tiền căn nghiện rượu.

Khám lâm sàng, người bệnh tổng trạng gầy, bụng chướng vừa. Ở hậu môn có một khối ruột sa ra ngoài dài 25cm, trực tràng và hậu môn không sa. Đầu khối ruột sa là một khối u sùi kích thước 3 cm, chiếm 1/2 lòng ruột. Người bệnh có rối loạn điện giải nặng Kali 1,56 mmol/L, Natri 135 mmol/L, Clo 90 mmol/L và Calci toàn phần 2,00 mmol/L. Dấu ấn sinh học CEA bình thường, CA 19.9 153,1 U/mL.

Kết quả siêu âm và X quang bụng thẳng không chuẩn bị cho thấy có nhiều quai ruột căng giãn rộng chướng hơi khó khảo sát. Kết quả CT cho thấy, sa trực tràng ra ngoài một đoạn dài 12cm, đại tràng trong khối sa thành không dày bất thường, niêm mạc còn bắt thuốc tốt, mạc treo tương ứng sung huyết nhẹ, có vài hạch $\leq 9 \times 11$ mm, bắt thuốc đồng nhất. Đoạn đại tràng trong khối sa hẹp lòng hoàn toàn gây giãn và chướng hơi phần đoạn đại tràng trên dòng, đại tràng $d \leq 68$ mm, ruột non $d \leq 30$ mm, lòng chứa khí, niêm mạc liên tục bắt thuốc tốt, van hồi manh tràng mở.

Người bệnh được hồi sức, bồi hoàn nước, điện giải và mổ bán cấp. Phẫu thuật được thực hiện theo ngã bụng và đáy chậu. Thì một qua ngã đáy chậu, cắt bỏ đoạn ruột lồng nổi máy đại tràng chậu hông và trực tràng. Sau đó hút hết dịch phân trong đại tràng qua ngã hậu môn, rồi tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng. Miệng nối đại trực tràng trên nếp phúc mạc 3cm, chúng tôi khâu tăng cường miệng nối và khâu cầm máu bổ sung mạc treo đại tràng chậu hông. Để bảo vệ miệng nối chúng tôi đưa hồi tràng ra da ở hố chậu phải. Kết quả mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến, biệt hóa vừa, xâm nhập hết lớp cơ trên nền u tuyến răng cưa, không di căn hạch trong số 5 hạch được thử. Hậu phẫu người bệnh ổn định và xuất viện sau mổ 7 ngày.



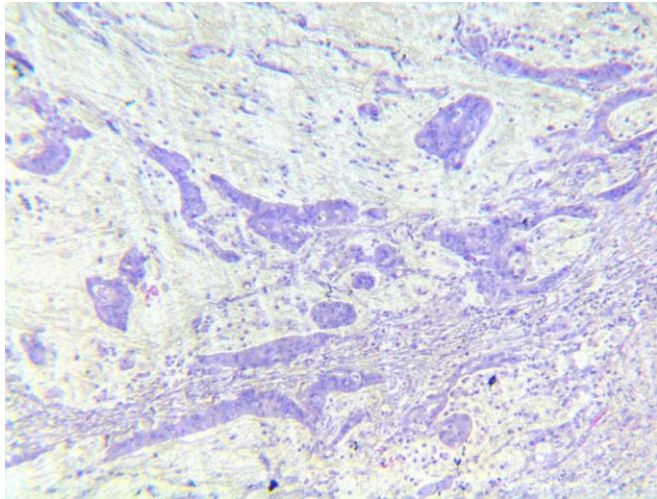
Hình 1: Đoạn ruột lồng sa ra khỏi hậu môn với khối u ở đầu ngoài.



Hình 2: Hình trên, đoạn ruột lồng trong trực tràng. Hình dưới, đoạn đại tràng trên dòng chướng hơi giãn to.



Hình 3: Bệnh phẩm là đoạn đại tràng chậu hông với khối u chồi sùi kích thước 3 cm



Hình 4: Mô bệnh học, ung thư biểu mô biệt hóa vừa xâm nhập hết lớp cơ

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô của đại tràng trực tràng là một trong những nguyên nhân ung thư đại tràng thường gặp nhất trên thế giới. Phần lớn người bệnh có triệu chứng đi cầu ra máu, sụt cân và thay đổi thói quen đi cầu, khoảng 10-29% người bệnh ung thư đại tràng có thể có triệu chứng tắc ruột. Lòng ruột chiếm khoảng 1-2% tắc ruột đại tràng do nguyên nhân u ác tính và nguyên nhân thường gặp nhất là lòng ruột đại tràng [3]. Tuy nhiên, các trường hợp ung thư đại tràng chậu hông gây tắc ruột đại tràng do lòng đại tràng chậu hông trực tràng với bệnh cảnh lâm sàng như sa trực tràng qua hậu môn rất hiếm. Sa trực tràng toàn thành là lỗi một phần trực tràng qua ngã hậu môn. Rất hiếm trường hợp ung thư biểu mô, u lympho, u do di căn và u tuyến của đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng có thể là vị trí gây ra lòng ruột và gây sa trực tràng [4]. Ngoài ra, các trường hợp sa trực tràng kết hợp với ung thư đại trực tràng cũng ít gặp trên lâm sàng. Rhasid và cộng sự thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên 70 trường hợp sa trực tràng, trong nghiên cứu này tác giả cho thấy sa trực tràng có nguy cơ 4,2 lần có ung thư đại trực tràng (5,7%) so với nhóm chứng (1,4%) [5]. Để chẩn đoán nguyên nhân gây lòng ruột ở người lớn tuổi, nhất là trong những trường hợp lòng đại tràng chậu hông và trực tràng là một thách thức lớn cho các thầy thuốc lâm sàng. Do đó, X quang thường là phương tiện đầu tiên dùng để chẩn đoán tắc ruột và vị trí khả dĩ gây tắc ruột [6]. Siêu âm cũng có thể phát hiện các dấu chứng đặc trưng của lòng ruột [7]. Tuy nhiên, trong các trường hợp tắc ruột hơi trong lòng ruột tăng

gây trở ngại cho siêu âm trong thực hiện chẩn đoán.

CT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng phổ biến và hữu dụng trong chẩn đoán lòng ruột ở người lớn. CT thường dùng để chẩn đoán các triệu chứng của đường tiêu hóa cấp tính hay bán cấp tính, nguyên phát hay thứ phát mà nguyên nhân gây bệnh không rõ ràng. Giống như siêu âm, CT cũng phát hiện dấu hiệu hình bia, và các lớp của ruột tạo thành vòng đôi với những vòng tròn đồng tâm khi hình ảnh được cắt vuông góc với lòng ống. Trên hình ảnh cắt dọc của khối lòng, mạc treo ruột (mỡ và mạc máu tạo nên hình ảnh trắng khuyết của mô và bị chèn ép trong ống trong cùng, bao chung quanh là hai lớp của ruột bên ngoài. Đôi khi đầu lòng ở phía xa nhất cũng có thể phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh. Thêm vào đó, CT cung cấp chi tiết hình ảnh giải phẫu tại chỗ và khu vực, các chi tiết giải phẫu này giúp cho việc lên kế hoạch phẫu thuật [8].

Phần lớn các trường hợp lòng ruột ở người lớn thường do ung thư gây ra, do đó phẫu thuật cắt đoạn ruột lòng là biện pháp được chỉ định để điều trị. Một lý do nữa để không thực hiện việc tháo lòng trong những trường hợp u ác tính là do việc làm này có thể gây gieo rắc ung thư trong lòng ruột và thuyên tắc tĩnh mạch [9]. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt ruột qua ngã đáy chậu vì khối lòng đại tràng chậu hông gây tắc ruột và ứ đọng nhiều hơi, dịch trong lòng ruột. Phẫu thuật nội soi ngã bụng mục đích khâu tăng cường miệng nối và khâu bổ sung cảm máu mạc treo.

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán lồng ruột gây tắc ruột chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh. CT là phương tiện đầu tiên được lựa chọn để chẩn đoán và lên kế hoạch phẫu thuật. Lồng đại tràng chậu hông không thường gặp trên lâm sàng và sa khối lồng đại tràng chậu hông ra ngoài hậu môn lại càng hiếm gặp hơn. Do đó, trong các trường hợp sa trực tràng nên thực hiện chẩn đoán trước mổ cẩn thận để loại trừ các trường hợp lồng ruột và nguyên nhân do khối u đại tràng để quản lý người bệnh tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tuca A., et al. (2012)**, “Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution”, *Cancer Manag Res*, 4, 159-169.
2. **Mazumdar P., et al. (2021)**, “Sigmoid carcinoma with sigmoid-rectal intussusception presenting as rectal prolapse and large bowel obstruction in the ED”, *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*, 52(1), 1-4.
3. **Jaffe T., Thompson W. M. (2015)**, “Large-bowel obstruction in the adult: classic radiographic and ct findings, etiology, and mimics”, *Radiology*, 275(3), 651-663
4. **Chen C. W., Hsiao C. W., Wu C. C. (2008)**, “Rectal prolapse as initial clinical manifestation of colon cancer”, *Z Gastroenterol*, 46(4), 348-350
5. **Rashid Z, Basson M. D. (1996)**, “Association of rectal prolapse with colorectal cancer”, *Surgery*, 119(1):, 51-55
6. **Somma F., et al. (2015)**, “Bowel intussusceptions in adults: the role of imaging”, *Radiol Med*, 120(1), 105-117
7. **Cerro P., et al. (2000)**, “Sonographic diagnosis of intussusceptions in adults”, *Abdom Imaging*, 25(1), 45-47
8. **Kim Y. H., et al. (2006)**, “Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point”, *Radiographics*, 26(3), 733-744
9. **Filiberto A. C., et al. (2019)**, “Sigmoido-rectal intussusception”, *SAGE Open Med Case Rep*, 7, 2050313X19856242.