

Viêm ruột thừa cấp ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng: Nhân một trường hợp lâm sàng

Nguyễn Hữu Trí^{1,2}

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

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

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ruột thừa viêm cấp là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Bình thường manh tràng và ruột thừa nằm ở hố chậu phải. Ruột thừa viêm ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng hoàn toàn là bệnh cảnh hiếm gặp. Ruột thừa nằm bên trái ổ bụng gây khó khăn cho chẩn đoán. **Trường hợp lâm sàng** Chúng tôi báo cáo một trường hợp nữ, 24 tuổi được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng hoàn toàn, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. **Kết luận** Ruột thừa viêm ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng hoàn toàn là bệnh cảnh hiếm gặp. Chẩn đoán hình ảnh góp phần đắc lực trong chẩn đoán. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là phương pháp điều trị được chọn lựa.

Từ khóa: viêm ruột thừa cấp, ruột thừa viêm bên trái, đảo ngược phủ tạng hoàn toàn, cắt ruột thừa nội soi.

Acute appendicitis in situs inversus totalis: a case report

Nguyen Huu Tri^{1,2}

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

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

Abstract

Background Acute appendicitis is one of the most common reason for emergency abdominal surgery. Normally, the caecum and the appendix are positioned in the right iliac fossa. Acute appendicitis in situs inversus totalis is rare condition. Diagnosis of left side acute appendicitis is a challenge. **Case report** We report a 24-year-old woman who was diagnosed for an acute appendicitis in situs inversus totalis and successfully treated by laparoscopic appendectomy. **Conclusions** Acute appendicitis in situs inversus totalis is rare condition. Imaging examination is helpful for diagnosis and laparoscopic appendectomy is the procedure of choice for these patients.

Keywords: acute appendicitis, left side acute appendicitis, situs inversus totalis, laparoscopic appendectomy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ruột thừa viêm cấp là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Việc chẩn đoán dựa vào các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng. Ở các bệnh nhân viêm ruột thừa cấp có vị trí manh tràng và ruột thừa bình thường thường có triệu chứng đau bụng vùng hố chậu phải. Các trường hợp bất thường về vị trí của ruột thừa có thể có các đặc điểm đau bụng và các triệu chứng khác biệt gây nên những khó khăn trong chẩn đoán, có thể dẫn đến chẩn đoán muộn hoặc các biến chứng như áp xe ruột thừa hoặc viêm phúc mạc ruột thừa [1].

Có ba thể phân bố các tạng trong cơ thể: phân bố bình thường (situs solitus), đảo ngược phủ tạng hoàn toàn (situs inversus totalis) và định dạng mơ hồ (situs ambiguous) [2]. Trong đó, bệnh nhân đảo

ngược phủ tạng hoàn toàn (ĐNPTHT) có vị trí các tạng soi gương so với vị trí bình thường. ĐNPTHT gặp với tần suất 1/8.000-25.000 trẻ sơ sinh[2].

Ở những trường hợp ĐNPTHT, ruột thừa nằm bên trái ổ bụng không chỉ gây nên khó khăn cho chẩn đoán mà còn đòi hỏi phẫu thuật viên có nhưng thay đổi về kỹ thuật mổ. Chúng tôi mô tả một trường hợp lâm sàng viêm ruột thừa cấp ở bệnh nhân ĐNPTHT.

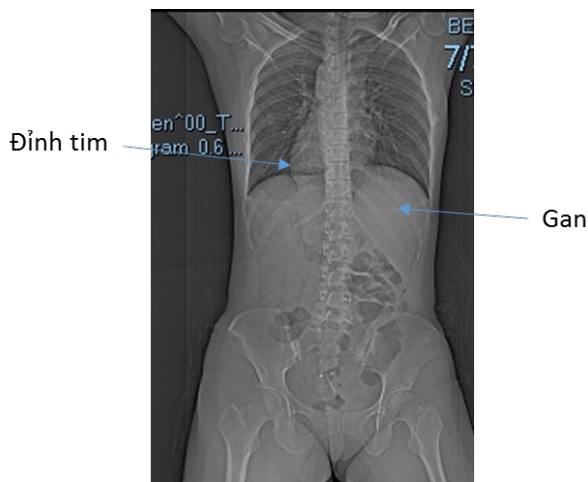
2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 24 tuổi. Vào viện vì đau bụng vùng hạ vị và vùng hố chậu trái. Khám lúc vào viện có mạch 86 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg, nhiệt độ 37,5°C.

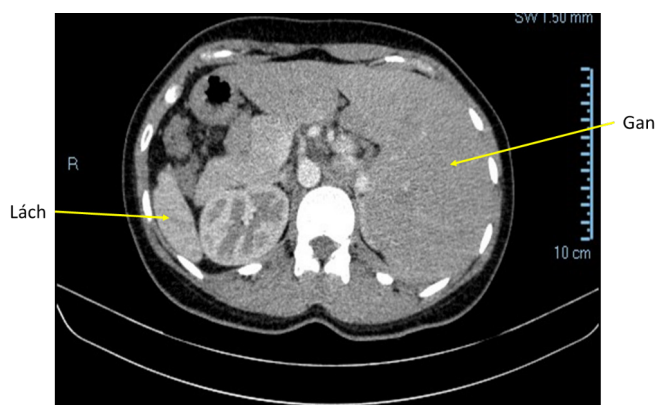
Điểm đau khu trú vùng hố chậu trái đối xứng điểm Mac Burney, kèm phản ứng thành bụng vùng

hố chậu trái. Hố chậu phải và các vùng khác của bụng mềm. Các xét nghiệm: bạch cầu $22,4 \times 10^9/L$, Neutrophile 93%, CRP 1,37 mg/L. Siêu âm bụng: ĐNPTHT với gan, manh tràng nằm bên trái. Ruột thừa đường kính 11 - 13 mm, thành phù nề, lòng chứa dịch, đề không xẹp, có sỏi phân 5 mm ở đoạn thân

ruột thừa. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực: ĐNPTHT. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng: ĐNPTHT. Manh tràng nằm ở hố chậu trái, ruột thừa từ manh tràng chạy xuống tiểu khung, đường kính 11-13 mm, thành phù nề, lòng chứa dịch, có sỏi phân kích thước 5 - 7 mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh.



Hình 1. Bệnh nhân có đảo ngược phủ tạng với tim quay sang phải, gan nằm bên trái



Hình 2. Gan nằm bên trái, lách nằm bên phải trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng



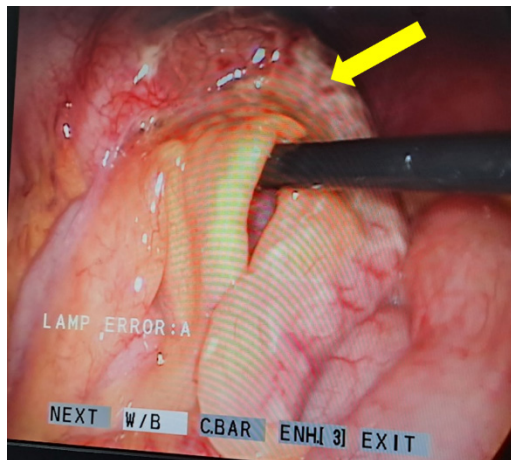
Hình 3. Manh tràng và ruột thừa viêm (mũi tên) ở hố chậu trái

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và chỉ định phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi. Chúng tôi tiến hành đặt trocar 10 mm cạnh rốn, 2 trocar 5 mm ở vị trí trên khớp mu và ở hố chậu phải. Phẫu thuật viên và người phụ 1 đứng bên phải bệnh nhân. Bơm hơi ổ phúc mạc với áp lực 12 mmHg. Manh tràng dính vào thành bụng bên vùng hố chậu trái, ruột thừa viêm nung mủ. Tiến hành giải phóng mạc treo ruột thừa đến tận gốc ruột thừa bằng đốt điện. Buộc gốc ruột thừa bằng vòng chỉ Vicryl 2.0. Lấy ruột thừa ra ngoài qua lỗ trocar cạnh rốn, xả CO₂. Đóng các lỗ trocar.

Hậu phẫu bệnh nhân vận động sớm, uống nước sau 12 giờ và ăn trở lại sau 18 giờ. Trung tiện sau 18h. Bệnh nhân ổn định ra viện vào ngày thứ 3 sau mổ.



Hình 4. Vị trí đặt các trocar



Hình 5. Hình ảnh trong ổ của ruột thừa viêm (mũi tên) và manh tràng nằm ở hố chậu trái

3. BÀN LUẬN

Nhìn bên ngoài, cơ thể người dường như có cấu trúc đối xứng nhau qua đường giữa. Tuy nhiên khi phân tích sâu hơn thì thực sự cơ thể người không đối xứng, ví dụ như tim quay sang trái, ống tiêu hóa dưới cơ hoành không đối xứng... Có ba thể phân

bố các tạng trong cơ thể: phân bố bình thường (situs solitus), đảo ngược phủ tạng hoàn toàn (situs inversus totalis) và định dạng mơ hồ (situs ambiguous)[2].

Trong đó, định dạng mơ hồ (situs ambiguous) hay còn gọi hội chứng heterotaxy, là tình trạng bất

thường vị trí của một hoặc vài tạng trong cơ thể. Định dạng mơ hồ hay kèm với bất thường của lách và bệnh tim bẩm sinh [2]. Gặp ở 1/10.000 trẻ sơ sinh nhưng tần suất tăng lên đến 4% ở các bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh [3]. Trong hội chứng heterotaxy, kinh điển chia ra định dạng mơ hồ với đa lách (situs ambiguous with polysplenia) và định dạng mơ hồ vô lách (situs ambiguous with asplenia) [3].

ĐNPHTT là tình trạng các tạng phân bố soi gương qua mặt phẳng đứng dọc giữa so với phân bố bình thường, gặp với tần suất 1/8.000-25.000 trẻ sơ sinh [2]. ĐNPHTT được mô tả chi tiết lần đầu bởi Matthew Baillie năm 1789 [5],[6]. Cơ chế bệnh sinh của ĐNPHTT đến nay vẫn không chắc chắn [2]. Collins nghiên cứu trên 71.000 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp cho thấy tần suất bệnh nhân có ĐNPHTT là 0,016%[4]. ĐNPHTT đi kèm với nguy cơ mắc các hội chứng khác nhau và mắc tim bẩm sinh khoảng 3-9% [2]. ĐNPHTT còn gặp trong hội chứng Kartagener bao gồm tam chứng: đảo ngược phủ tạng kết hợp viêm các xoang mạn tính, giãn phế quản. Nguyên nhân gây ra hội chứng Kartagener có thể là do đột biến ở nhiều gen khác nhau. Những gen này mã hóa các protein quan trọng cho cấu trúc và chức năng của lông mao, tần suất gặp hội chứng này khoảng 1/30.000 trẻ sống [7].

Một nghiên cứu của Chen và cs trên các bệnh nhân dưới 18 tuổi tại bệnh viện Đại học Fudan, Trung Quốc có ĐNPHTT thì 73,5% có bệnh kèm. Trong đó bệnh tim bẩm sinh chiếm 46,5%, hội chứng rối loạn vận động nhưng mao nguyên phát chiếm 12,3%, tiếp đến là các bệnh thận, đường mật ...[5]. Do vậy, ở những người bị đảo ngược phủ tạng cần kiểm tra đánh giá các bệnh lý bẩm sinh kèm theo. Ở bệnh nhân trong nghiên cứu, chúng tôi không phát hiện bất thường khác kèm theo.

Chẩn đoán viêm ruột thừa cấp dựa vào các triệu chứng cơ năng, thăm khám thực thể và các xét nghiệm cận lâm sàng. Thông thường bệnh nhân viêm ruột thừa cấp có triệu chứng khởi đầu đau bụng vùng thường vị hoặc quanh rốn, sau khu trú vùng hố chậu phải. Vì vậy bệnh nhân vào viện vì đau bụng bên trái gây nên do viêm ruột thừa nằm bên trái gây nên khó khăn cho chẩn đoán. Tuy vậy,

nghiên cứu của Akbulut và cs trên 95 trường hợp viêm ruột thừa cấp bên trái trong nhiều bệnh cảnh khác nhau (69,4% do ĐNPHTT, 24,2% do quai ruột giữa quay bất thường, 3% do manh tràng quay bất thường và 3% không rõ hoặc khác) thì thấy vị trí đau của bệnh nhân thay đổi: 62,1% đau bụng ở hố chậu trái, 14,7% đau hố chậu phải, 7,3% đau cả hai hố chậu, 2% đau ở tiểu khung, 7,3% đau ở hạ sườn trái, 6,3% đau quanh rốn. Đây là một điểm đáng lưu ý trong khám lâm sàng bệnh nhân viêm ruột thừa cấp ở ĐNPHTT. Bệnh nhân trong nghiên cứu này có đau bụng vùng hạ vị và hố chậu trái kèm điểm đau đối xứng điểm Mac Burney, có phải ứng thành bụng phù hợp với cận lâm sàng ruột thừa viêm trong ĐNPHTT. Ngày nay, chẩn đoán hình ảnh giúp ích rất tốt trong chẩn đoán ruột thừa viêm cấp ở những bệnh nhân có bất thường về vị trí ruột thừa, nhất là ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng.

Với phẫu thuật cắt ruột thừa viêm ở những bệnh nhân có ruột thừa nằm bên trái: do manh tràng và ruột thừa nằm bên trái nên gây ra một số khó khăn cho phẫu thuật. Ở bệnh nhân của chúng tôi, chúng tôi đặt hai trocar thao tác một ở bên phải và một trên đường giữa. Quá trình phẫu thuật không có tai biến hay biến chứng liên quan. Nghiên cứu của Akbulut và cs tổng hợp cho đến năm 2010 có 95 bệnh nhân ruột thừa viêm bên trái được công bố trên thế giới. Trong đó 11 bệnh nhân (13,6%) được mổ cắt ruột thừa nội soi, trong đó có hai bệnh nhân phải chuyển sang mổ mở [8]. Một số báo cáo gần đây cho thấy mổ cắt ruột thừa nội soi ở bệnh nhân ruột thừa viêm bên trái qua phẫu thuật nội soi thành công [9],[1]. Theo chúng tôi, mặc dù có những khó khăn so với mổ cắt ruột thừa vị trí bình thường, các trường hợp viêm ruột thừa cấp bên trái có thể mổ nội soi.

4. KẾT LUẬN

Ruột thừa viêm ở bệnh nhân đảo ngược phủ tạng hoàn toàn là bệnh cảnh hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân đảo ngược phủ tạng hoàn toàn bị viêm ruột thừa cấp, biểu hiện với đau bụng vùng hạ vị và hố chậu trái. Chẩn đoán hình ảnh góp phần đắc lực trong chẩn đoán. Bệnh nhân được cắt ruột thừa qua phẫu thuật nội soi thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Evola G, Ferrara F, Di Fede GF et al (2022). Left-sided acute appendicitis in a patient with situs viscerum inversus totalis: A case report. Int J Surg Case Rep.;90:106658. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106658.

[2] Spoon JM. (2001) Situs inversus totalis. Neonatal Netw. 20(1):59-63. doi: 10.1891/0730-0832.20.1.63

[3] Mujo T, Finnegan T, Joshi J et al (2015). Situs ambiguous, levocardia, right sided stomach, obstructing

duodenal web, and intestinal nonrotation: a case report. J Radiol Case Rep. 9(2):16-23. doi: 10.3941/jrcr.v9i2.2358.

[4] Collins DC. (1963). 71,000 human appendix specimens. A final report, summarizing forty years' study. Am J Proctol. 14:265-281.

[5] Chen W, Guo Z, Qian L, Wang L. (2020) Comorbidities in situs inversus totalis: A hospital-based study. Birth Defects Res. 112(5):418-426. doi: 10.1002/bdr2.1652.

[6] Mihețiu AF, Bratu DG, Popescu OM et al (2021) A rare case of situs inversus totalis associated with sigmoid diverticulitis and appendicular agenesis. Embryological,

clinical considerations and literature review. Rom J Morphol Embryol. 62(3):861-867. doi: 10.47162/RJME.62.3.27.

[7] Tadesse A, Alemu H, Silamsaw M, Gebrewold Y. (2018) Kartagener's syndrome: a case report. J Med Case Rep. 12(1):5. doi: 10.1186/s13256-017-1538-2.

[8] Akbulut S, Ulku A, Senol A et al (2010) Left-sided appendicitis: review of 95 published cases and a case report. World J Gastroenterol. 16(44):5598-602. doi: 10.3748/wjg.v16.i44.5598.

[9] Otsuka Y, Hayashi R, Urano S et al (2021). Left-sided appendicitis due to situs inversus totalis. Clin Case Rep. 9(3):1791-1792. doi: 10.1002/ccr3.3734.