

DỊ VẬT MẠC TREO TIỂU TRÀNG Ở TRẺ EM NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

**Tô Mạnh Tuấn, Nguyễn Thọ Anh,
Trần Đức Tâm, Nguyễn Minh Khôi**
Khoa Ngoại - Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Dị vật đường tiêu hoá (DVĐTH) thường gặp ở trẻ em, phần lớn dị vật có thể tự ra ngoài theo cách tự nhiên mà không gây biến chứng. Dị vật sắc nhọn ống tiêu hóa có thể đi ra ngoài ống tiêu hóa mà không có biểu hiện thủng ống tiêu hóa là rất hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo ca bệnh trẻ nữ 10 tuổi vào viện với triệu chứng đau bụng âm ỉ khởi phát cách 2 tuần, không xác định được tình trạng nuốt dị vật. Phẫu thuật thấy các ổ áp xe trong mạc treo tiểu tràng với 2 đoạn dị vật dây kim loại nhỏ, bệnh nhân hồi phục sau mổ 3 ngày. Đây là ca bệnh hiếm gặp. Vì vậy, việc khai thác tiền sử, đánh giá kỹ hình ảnh và nghĩ đến dị vật tiêu hóa cần được đặt ra với các bệnh nhi có biểu hiện đau bụng.

Từ khoá: Dị vật đường tiêu hoá.

ABSTRACT

TRANSLUMINAL MIGRATION OF INGESTED FOREIGN BODY TO SMALL BOWEL MESENTERY IN CHILD: A CASE REPORT

Ingested foreign body occurs frequently in childhood, which the majority of them are passed spontaneously without any complication. Rarely sharp foreign bodies migrated through the GI tract wall without any free air or peritonitis. We present the case of a 10-year-old girl who admitted to hospital with dull abdominal pain for 2 weeks. Evaluation revealed an intra-abdominal abscess or tumor which required a surgical intervention. Two iron wires were founded inside the abscess. Postoperation, the patient was discharged uneventfully after 3 days. This type of foreign body ingestion is rare so it was very hard to reach the correct pre-operation diagnose. The patient's history must be taken precisely and foreign body ingestion should be included in the differential diagnosis of children with abdominal pain.

Keywords: Foreign body ingestion, migration, abdominal foreign bodies.

*Nhận bài: 25-9-2018; Thẩm định: 10-10-2018
Người chịu trách nhiệm chính: Tô Mạnh Tuấn
Địa chỉ: Khoa Ngoại, Bệnh viện Nhi Trung ương*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa có thể xảy ra với mọi lứa tuổi trẻ em, ảnh hưởng đến đường tiêu hóa và hô hấp. Dị vật thường gặp ở trẻ là đồng xu chiếm đến 49% - 66%, ngoài ra còn các dị như pin, vật nhiễm từ, vật sắc nhọn. Có đến 90% dị vật đường tiêu hóa có thể đi ra ngoài theo đường tự nhiên, 10 -20% dị vật có thể lấy bỏ qua nội soi ống tiêu hóa, chỉ có khoảng 1% cần phẫu thuật lấy dị vật, đặc biệt với những dị vật sắc nhọn, vật nhiễm từ [2], [7].

DVĐTH sắc nhọn như kim, xương cá, que tăm có thể gây thủng, di chuyển ra ngoài ống tiêu hóa, đến các vị trí khác, gây áp xe, viêm phúc mạc, song đôi khi không gây triệu chứng làm cho việc chẩn đoán, xử trí khó khăn, đặc biệt ở trẻ em [1], [2], [3], [4], [5]. Chúng tôi báo cáo ca bệnh hiếm do dị vật tiêu hóa dạng dây kim loại đã di chuyển xuyên thành đến mạc treo tiểu tràng, gây áp xe mạc treo tiểu tràng, dính ruột và biểu hiện các triệu chứng lâm sàng.

2. CA BỆNH

Trẻ nữ 10 tuổi, ID 180191485; Phát triển thể chất bình thường, đến viện vì đau bụng quanh rốn 2 tuần. Đau âm ỉ quanh rốn, không liên quan đến bữa ăn, không nôn, đại tiện bình thường, không sốt. Khám bụng thấy một khối cứng 4x5cm, nằm quanh rốn, bờ không rõ, không di động, ấn đau. Tiền sử không có ghi nhận hiện tượng ăn bất thường, nuốt dị vật hay vết thương,

chấn thương bụng.

Xét nghiệm máu có tình trạng nhiễm trùng, bạch cầu $20.99 \times 10^9/L$; CRP 62mg/L.

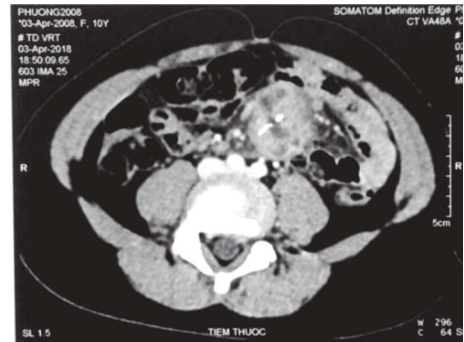
Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngày 3/4/2018, phát hiện hình ảnh khối mờ, tỷ trọng hỗn hợp giữa các quai ruột vùng rốn, nghi ngờ có dị vật cản quang trong lòng khối.

Siêu âm ổ bụng (5/4/2018) cho thấy một khối tăng giảm âm hỗn hợp nằm giữa các quai ruột, ít dịch tự do ổ bụng. Sơ bộ chẩn đoán áp xe ổ bụng nghi do dị vật ống tiêu hóa.

Bệnh nhân được phẫu thuật mở bụng ngày 19/4/2018. Trong mổ, ổ bụng có 20ml dịch máu không đông, không thấy dịch tiêu hoá, mủ, giả mạc. Các quai tiểu tràng dính nhau thành một khối ở giữa ổ bụng, gỡ dính, phát hiện một tổ chức cứng chắc dày 5 x 2cm ở mạc treo tiểu tràng cách góc Treitz 80cm. Trong khối có 2 ổ áp xe 2 x 1cm và các hạch viêm to 10 - 15mm xung quanh, mở rộng khối áp xe phát hiện có hai đoạn dây kim loại đen 0,2mm dài 11 và 17 mm, dạng cong không đều, đầu nhọn. Không phát hiện lỗ thủng đường tiêu hoá, dịch đường tiêu hóa xung quanh. Phẫu thuật kết thúc sau khi lấy bỏ 2 mảnh dị vật, làm sạch các ổ áp xe. Hậu phẫu không bất thường, bệnh nhân được ăn đường miệng sau mổ 2 ngày. Giải phẫu bệnh tổ chức ổ áp xe cho kết quả viêm mạn tính, không có tế bào ác tính.



Hình 1. Hình CLVT trước tiêm thuốc có khối thâm nhiễm và 2 cấu trúc cản quang nhỏ



Hình 2. Hình CLVT sau tiêm thuốc cản quang, có hình tăng ngấm thuốc



Hình 3. Phát hiện hai dị vật trong ổ áp xe mạc treo tiểu tràng



Hình 4. Hình hai dị vật là các đoạn dây kim loại lớn 0,2mm, dài 11 và 17mm

3. BÀN LUẬN

Dị vật đường tiêu hóa (DVĐTH) là bệnh cảnh không hiếm gặp ở mọi lứa tuổi, đặc biệt là ở trẻ nhỏ thường có thói quen cho đồ chơi hoặc các vật trong tầm tay vào miệng. Ở trẻ lớn hoặc người lớn, dị vật thường liên quan đến thức ăn, tai nạn, hoặc gặp ở nhóm người rối loạn tâm thần. Tại Mỹ, có đến 1500 trẻ nuốt dị vật hàng năm, trong đó 98% do các tai nạn và hay gặp nhất là nuốt đồng xu, rồi đồ chơi, đồ trang sức, các vật nhiễm từ, pin, kim...[4], [5], [7].

Triệu chứng bệnh có thể rầm rộ với thở khò khè, rít, đau bụng, ngực, chảy dãi, hay khó thở. Do vậy, khai thác tiền sử ăn uống rất quan trọng trong việc dự đoán loại DVĐTH. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng có thể cung cấp thông tin, đặc biệt là ở trẻ em, có đến 50% bệnh nhân không

có ghi nhận biểu hiện nuốt dị vật trong nghiên cứu với 1265 trẻ dị vật tiêu hóa tại Hongkong và thời gian từ khi có xâm nhập đến khi có triệu chứng có thể kéo dài từ 1 ngày đến 6 tháng, do đó rất khó khăn trong việc chẩn đoán [2], [6]. Chẩn đoán hình ảnh có thể phát hiện được đến 100% các dị vật kim loại, 86% dị vật kính, và chỉ có 26% với xương [2]. Do vậy thực hiện chụp kiểm tra cách 6-8 giờ là nên làm để đánh giá sự di chuyển dị vật [9].

Ca bệnh này, trẻ nữ 10 tuổi, có phát triển thể chất bình thường, cả trẻ và bố mẹ đều không phát hiện vấn đề bất thường trong ăn uống, các triệu chứng không điển hình, xuất hiện trong khoảng thời gian 2 tuần, hình ảnh CLVT và siêu âm gợi ý đến một ổ viêm hoặc áp xe trong ổ bụng. Tuy hình ảnh tăng tỉ trọng khối viêm có thể nghĩ đến dị vật dạng kim loại ở mạc treo ruột nhưng do

kích thước nhỏ dễ gây nhầm lẫn. Như vậy, bản chất, kích thước của dị vật, thời điểm dị vật gây tổn thương, vị trí gây tổn thương, kinh nghiệm của người làm chẩn đoán hình ảnh ảnh hưởng nhiều đến giá trị chẩn đoán DVĐTH.

DVĐTH có thể tự đào thải ra ngoài phần lớn (80%), chỉ có 1% các trường hợp cần phẫu thuật [1]. Trong đó, phần lớn do các biến chứng thủng đường tiêu hóa, do các dị vật từ tính, vật sắc nhọn. Vật nhiễm từ có thể gây thủng bất cứ vị trí nào của ống tiêu hóa, vật sắc nhọn thường gây thủng ở manh tràng, môn vị... hay có thể được phát hiện tình cờ do xương cá đâm thủng ruột, đến ruột thừa, hay dị vật có thể đi đến ống phúc tinh mạc gây triệu chứng như xoắn tinh hoàn[3].

DVĐTH di chuyển ra khỏi lòng ống tiêu hóa có thể đi đến gan, mạc treo được thấy ở bệnh nhân rối loạn tâm thần nuốt 2 kim khâu, có triệu chứng đau bụng thi thoảng trong 3 tháng, khi phát hiện đã được cho ăn kiêng nhiều chất xơ, chụp Xquang bụng được thực hiện 1 lần/ tuần, sau 3 tuần không thấy hình ảnh vị trí kim thay đổi, bệnh nhân được phẫu thuật lấy dị vật, cả 2 kim đều nằm trong lòng ruột có một nửa nằm trong gan và mạc treo tiểu tràng [4].

Tuy nhiên, có một số dị vật sắc nhọn như đinh, dây thép kẹp hàm chỉnh nha cũng có thể đi ra khỏi lòng ống tiêu hóa, gây viêm phúc mạc và cũng có thể vào nằm tự do ổ bụng, hay mạc nối lớn mà không gây viêm hay dính, thay đổi màu sắc đường tiêu hóa hay tạo ổ áp xe [7], [8].

Như vậy, dị vật tiêu hóa có thể ngay từ thực quản đến trực tràng. Bệnh nhân của chúng tôi lại không phát hiện vị trí thủng ruột, mà dị vật được tìm thấy trong khối áp xe ở mạc treo tiểu tràng. Chỉ có vài báo cáo trong y văn ghi nhận những trường hợp tương tự. Các báo cáo đều thống nhất rằng chính sự di chuyển bất thường của dị vật ra khỏi ống tiêu hóa làm cho triệu chứng lâm sàng không

rõ ràng, gây chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị.

Ca bệnh này, dị vật có thể vào đường tiêu hóa qua đường ăn, với kích thước nhỏ, dài, bệnh nhân tuổi nhỏ, không nhận biết được khi dị vật xâm nhập, dị vật đã đi xuyên qua thành tiểu tràng vào mạc treo gây áp xe. Tổn thương ở thành ruột do quá nhỏ nên đã tự lành. Thời điểm dị vật thoát ra khỏi thành ruột có lẽ đã lâu trước đó, cho nên xét nghiệm mô bệnh học tổ chức áp xe thấy hình ảnh ổ viêm mạn như viêm lao. Vì vậy, phẫu thuật là biện pháp ưu tiên trong điều trị DVĐTH có biến chứng, và việc cố gắng tìm kiếm vết tổn thương ống tiêu hóa khi không có các triệu chứng của rò dịch, khí, viêm phúc mạc là không cần thiết [2], [5].

4. KẾT LUẬN

Mặc dù DVĐTH là bệnh cảnh thường gặp, hiếm khi dị vật xuyên qua thành ruột gây áp xe trong ổ bụng ở vị trí ngoài đường tiêu hóa. Ca lâm sàng được thông báo có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không điển hình dễ gây nhầm lẫn chẩn đoán. Việc khai thác kỹ tiền sử, chú ý đến yếu tố văn hoá, sinh hoạt, nghĩ đến DVĐTH trong bệnh cảnh đau bụng ở trẻ em là yếu tố cần thiết, kết hợp chụp cắt lớp vi tính chất lượng hình ảnh cao góp phần có chẩn đoán và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Casadio G, Chendi D, Ferrara AF (2003), "Fishbone Ingestion: Two Cases of Late Presentation as Pediatric Emergencies", *J Pediatr Surg*, 38, pp. 1399-1400
2. Cheng W, Tam PKH (1999), "Foreign-Body Ingestion in Children: Experience With 1,265 Cases", *J Pediatr Surg*, 34, pp. 1472-1476.
3. Dereci S, Koca T, Serdaroglu F, et al (2015), "Foreign body ingestion in children", *Turk Pediatr Ars*, 50, pp. 234-40.

4. Gul M, Aliosmanoglu I, Hakseven M, et al (2014), "Migration of two swallowed foreign bodies to different locations in the same case", *Ulusal Cer Derg*, 30, pp. 228-230.

5. Klein K, Jr WP, Lee YH (2012), "Transluminal migration of ingested foreign body without peritonitis", *J Pediatr Surg*, 47, pp. 788-791.

6. Kramer RE, Lerner DG, Lin T, et al (2015), "Management of Ingested Foreign Bodies in Children: A Clinical Report of the NASPGHAN", *JPGN*, 60, pp. 562-574.

7. Sha A, Mamula P (2018), "Foreign Body Ingestions: Approach to Management", *Current Pediatrics Reports*, 6, pp.57-66.

8. Voti LG, Dipace MR, Castagnetti M, et al (2004), "Needle Perforation of the Bowel in Childhood", *J Pediatr Surg*, 39, pp. 231-232.

9. Wu W, Lv Z, Xu W, et al (2017), "An analysis of foreign body ingestion treatment below the pylorus in children", *Medicine*, 96, 38.<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000008095>.