

HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN HIẾM GẶP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN NỐI TÁ HỔNG TRÀNG BẰNG MÁY CẮT NỐI THẲNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đình Văn Chiến^{1*}, Nguyễn Văn Hương¹

¹Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên là bệnh rất hiếm gặp và thường được chẩn đoán xác định trong mổ do đó đều thực hiện mổ mở. Mục tiêu bài này là báo cáo ca bệnh đầu tiên được phẫu thuật nội soi nối tá hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng điều trị bệnh này.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân: Nguyễn Thu Đ. Giới tính: Nam. Tuổi: 51 tuổi. Mã BA 400012200112. Ngày vào viện: 03/07/2022. Ngày phẫu thuật: 14/07/2022. Ngày ra viện: 21/07/2022. Bệnh nhân đau bụng từng cơn vùng trên rốn 1 tuần ở nhà kèm theo buồn nôn và nôn sau khi ăn, mệt, toàn trạng gầy yếu. Thăm khám: Bệnh nhân tỉnh, bụng mềm, chướng to vùng trên rốn, óc ách dạ dày rõ. Đặt thông dạ dày ra nhiều dịch và thức ăn cũ. Xét nghiệm máu: HC 5,35 T/L; HB 162 G/L; BC 11,94 G/L; TC 252 G/L; Na⁺ 131 mmol/L; K⁺ 2.23 mmol/L. Nội soi dạ dày tá tràng giãn lớn, ứ đọng dịch và thức ăn cũ, D2 giãn và gập góc nhiều, ống soi không qua được D3 tá tràng. Chụp cắt lớp vi tính: Dạ dày tá tràng giãn lớn, Góc ĐMMTTT với ĐMCB gần 230, khoảng cách giữa hai động mạch này ngang mức D3 tá tràng gần 7 mm. phía sau các quai ruột xẹp. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn nối tá hồng tràng trước đại tràng góc gan bằng máy cắt nối thẳng (linear staplers). Sau mổ diễn tiến ổn định và ra viện vào ngày thứ 7.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi nối tá hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng là an toàn và hiệu quả trong điều trị hội chứng động mạch mạc treo tràng trên.

Từ khóa: Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên, phẫu thuật nội soi nối tá hồng tràng.

ABSTRACT

MULTIPLY ONE SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME RARELY SUCCESSFUL TREATMENT WITH TOTALLY LAPAROSCOPIC DUODENOJEJUNOSTOMY BY LINEAR STAPLER

Đình Văn Chiến^{1*}, Nguyễn Văn Hương¹

Background: Superior mesenteric artery syndrome (SMAS) is rarely diseases, and are often diagnosed intraoperatively, so open surgery is performed. The objective of this article is to report the first case of laparoscopic duodenojejunoscopy by linear staplers to treat this disease.

Case report: Patient: Nguyen Thu D. Gender: Male. Age: 51 years old. BA code 400012200112.

Ngày nhận bài:
11/7/2022

Chấp thuận đăng:
19/8/2022

Tác giả liên hệ:

Đình Văn Chiến

Email: chienbvna@gmail.com

SĐT: 0963311668

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên hiếm gặp được phẫu thuật nội soi...

Date of admission: July 03, 2022. **Surgery:** July 14, 2022. **Hospital discharge:** July 21, 2022. The patient had intermittent abdominal pain above the navel for 1 week at home with nausea and vomiting after eating, fatigue, and general weakness. **Examination:** The patient is awake, the abdomen is soft, the area is distended above the navel. Place a gastric bypass to release more fluid and food. **Blood test:** RBC 5.35 T/L; HB 162 G/L; WBC 11.94 G/L; PTL 252 G/L; Na⁺ 131 mmol/L; K⁺ 2.23 mmol/L. **Gastroduodenal Endoscopic dilation,** stagnation of old fluid and food, D2 dilated and flexed much. **CT:** The stomach and duodenum are dilated, the origin of the SMA with the corner artery is nearly 230, the distance between these two arteries is nearly 7 mm at the level of the D3 duodenum. Patient received totally laparoscopic duodenojejunostomy by linear staplers. Postoperatively, the patient progressed stably and was discharged on day 7.

Conclusion: The technique of laparoscopic duodenojejunostomy by linear staplers was safe and effective in treatment SMAS.

Keywords: SMAS, laparoscopic duodenojejunostomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên (ĐMMTTT) được tác giả Rokitansky mô tả lần đầu tiên vào năm 1842 trên tử thi [1]. Đến năm 1927, Wilkie công bố 75 bệnh nhân đầu tiên trên thế giới [2], từ đó hội chứng này được gọi là hội chứng Wilkie.

Hội chứng ĐMMTTT là một bệnh lý rất hiếm gặp, tỷ lệ mắc bệnh khoảng 0,0024% - 0,34% [3,4], báo cáo năm 2020 thì tỷ lệ mắc bệnh là 0,013 - 0,3% và chủ yếu gặp ở nữ lứa tuổi từ 20 - 39 tuổi, tuy nhiên vẫn gặp ở cả hai giới và ở mọi lứa tuổi [5]. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào cận lâm sàng như xạ quang có cản quang, chụp cắt lớp vi tính, siêu âm doppler mạch máu [6,7] ... hoặc được chẩn đoán xác định trong khi mổ. Hiện nay có nhiều phương pháp được lựa chọn để điều trị như nội khoa, ngoại khoa, trong đó nội khoa được khuyến cáo là liệu pháp ban đầu, ngoại khoa mới giải quyết được sự tắc nghẽn như nối vị tràng, cắt đoạn dạ dày, cắt đoạn tá tràng, nối tá hồng tràng... nhưng nối lưu thông tá hồng tràng là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất [3].

Stavelly AL là người đầu tiên phẫu thuật nối tá hồng tràng cho bệnh nhân (BN) hội chứng ĐMMTTT vào năm 1908 [8]. Gersin KS là những người đầu tiên để báo cáo phẫu thuật nội soi nối tá hồng tràng cho BN hội chứng ĐMMTTT vào năm 1998 [3]. Năm 2019 tác giả Akira Yoneda báo cáo ca lâm sàng thực hiện thành công bằng phẫu thuật nối soi nối tá hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng hoàn toàn trong ổ bụng đã mở ra hướng mới can thiệp ít xâm lấn cho BN mắc hội chứng ĐMMTTT.

Thông qua những đặc tính của bệnh là hiếm gặp, can thiệp ngoại khoa vẫn đang chủ yếu là mổ mở ở các tuyến y tế trong cả nước. Vì vậy, chúng tôi báo cáo một trường hợp hội chứng động mạch mạc treo tràng trên hiếm gặp được phẫu thuật nội soi hoàn toàn nối tá hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân: Nguyễn Thu Đ. **Giới tính:** Nam. **Tuổi:** 51 tuổi. Mã BA 400012200112.

Địa chỉ: Thôn 2/9 - Xã Châu Khê - Huyện Con Cuông - Tỉnh Nghệ An.

Ngày vào viện: 03/07/2022. **Ngày phẫu thuật:** 14/07/2022. **Ngày ra viện:** 21/07/2022.

Lý do vào viện: Đau bụng, nôn và suy kiệt cơ thể.

Bệnh sử: Bệnh nhân đau bụng từng cơn vùng trên rốn 1 tuần ở nhà kèm theo buồn nôn và nôn sau khi ăn, mệt, toàn trạng gầy yếu, ý thức chậm. Được gia đình đưa vào Bệnh viện Huyện Con Cuông rồi chuyển lên Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An điều trị.

Tiền sử: Mổ sỏi thận phải 19 năm, Mổ gãy xương đùi phải 17 năm. Điều trị viêm dạ dày trào ngược khoảng 3 năm gần đây.

Thăm khám lâm sàng cận lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm mạc hồng, mạch và huyết áp ổn định, toàn trạng suy kiệt. Bụng mềm, chướng to vùng trên rốn, óc ách dạ dày rõ, không sờ thấy u cục. Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Đặt thông dạ dày ra nhiều dịch và thức ăn củ ứ đọng lâu ngày. Nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch giàu calo.

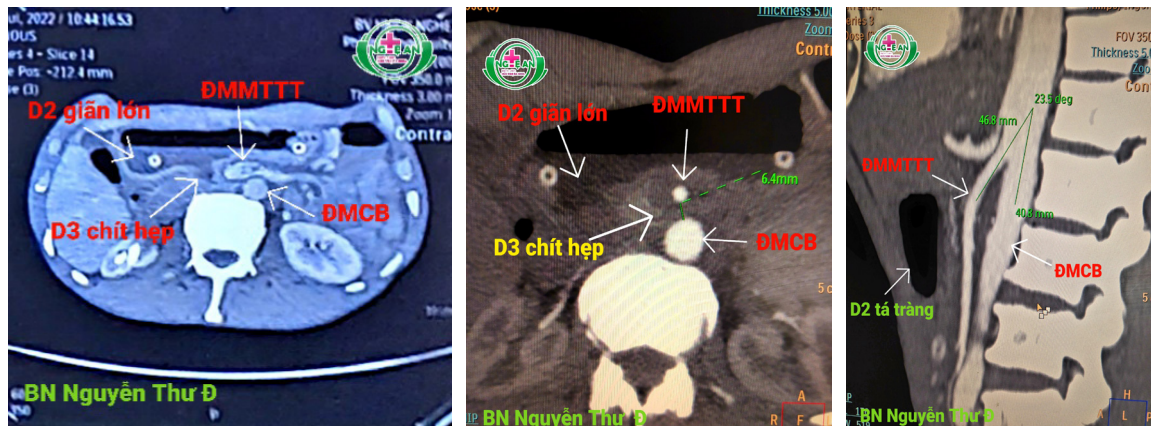
Bệnh viện Trung ương Huế

Xét nghiệm công thức máu: HC 5,35 T/L; HB 162 G/L; BC 11,94 G/L; TC 252 G/L.

Xét nghiệm sinh hóa máu: Na⁺ 131 mmol/L; K⁺ 2,23 mmol/L; các chỉ số khác bình thường

Nội soi dạ dày tá tràng: Dạ dày giãn lớn, ứ đọng dịch và thức ăn cũ, hang vị có ổ loét nông 5 - 10mm, lỗ môn vị giãn lớn. D1 và D2 tá tràng giãn lớn, đoạn xuống D2 gập góc nhiều, ống soi không qua được D3 tá tràng.

Chụp cắt lớp vi tính: Dạ dày giãn rộng xuống vùng dưới rốn, không thấy dày thành khu trú hay ngấm thuốc bất thường. Góc ĐMMTTT với ĐMCB gần 230, khoảng cách giữa hai động mạch này ngang mức D3 tá tràng gần 7 mm. phía sau các quai ruột xẹp. Sỏi thận 2 bên và nang nhỏ thận trái. Kết luận: Hội chứng ĐMMTTT/Sỏi thận 2 bên, nang thận trái.



Hình 1: D2 tá tràng giãn lớn, D3 chít hẹp khi chui qua khe giữa ĐMMTTT và ĐMCB (Góc giữa ĐMMTTT với ĐMCB < 23,50 và khoảng cách tương ứng ở D3 ~ 6,4mm)

Quang cản quang: Dạ dày tá tràng giãn lớn, thuốc lưu thông xuống ruột non chậm.

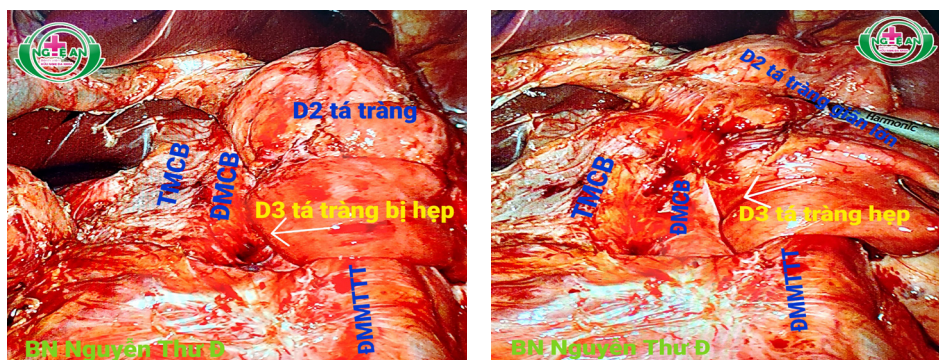
Chẩn đoán trước, trong và sau mổ: Hội chứng ĐMMTTT + Sỏi thận 2 bên, nang thận trái/Mổ sỏi thận phải 19 năm và mổ gãy xương đùi phải 17 năm.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn nối tá hồng tràng trước đại tràng góc gan bằng máy cắt nối thẳng (linear staplers).

Phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân dạng, phẫu thuật viên và dụng cụ viên đứng bên trái, phụ camera đứng giữa 2 chân, phụ 1 đứng bên phải. Tiến hành đặt 5 trocar: 1 trocar 10mm ngay dưới rốn để dùng camera, 1 trocar 10mm ở mạng sườn trái, giao

điểm đường trắng bên trái và đường ngang rốn, 01 trocar 5mm ở mạng sườn phải đối diện trocar 10mm bên mạng sườn trái và đặt 2 trocar 5mm ở dưới hai mạng sườn hai bên.

Vào ổ bụng quan sát thấy dạ dày giãn, đặc biệt lỗ môn vị, D1, D2 tá tràng giãn lớn, gập góc như một cái túi, đẩy đại tràng góc gan xuống thấp. Các tạng khác trong ổ bụng không thấy bất thường. Tiến hành phẫu tích theo thủ thuật Kocher, bóc tách tá tràng và lật toàn bộ khung tá tràng đầu tụy lên trên sang trái, bộc lộ Tĩnh mạch chủ bụng, ĐMCB, D3 tá tràng và ĐMMTTT. Thấy D3 tá tràng thôn nhỏ dần và hẹp xẹp khi chui qua khe giữa ĐMMTTT với ĐMCB.

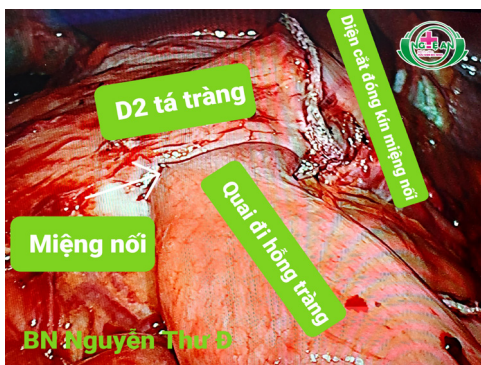


Hình 2: D3 tá tràng chít hẹp khi chui qua khe giữa ĐMMTTT và ĐMCB

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên hiếm gặp được phẫu thuật nội soi...

Kiểm tra thấy D4, góc Treitz và hồng tràng phía sau xẹp, dây chằng Treitz cố định góc Treitz ở vị trí bình thường.

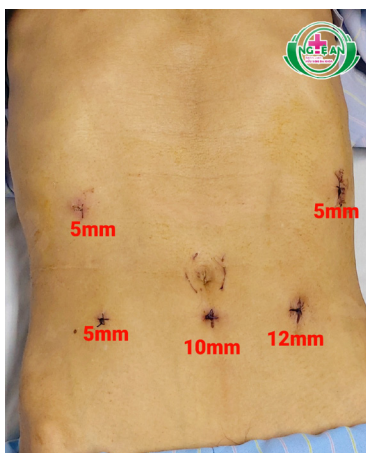
Quyết định nối lưu thông tiêu hóa tá hồng tràng trước đại tràng góc gan bằng 3 máy cắt nối thẳng (linear Covidien staplers) hoàn toàn trong ổ bụng (hình 3): Mở lỗ nhỏ tá tràng tương ứng giữa D1 và D2, mở lỗ nhỏ ở bờ tự do của hồng tràng cách góc Treitz khoảng 25cm. Dùng stapler thứ nhất nối hồng tràng vào tá tràng theo chiều nhu động từ trái sang phải, kiểm tra diện cắt miệng nối không chảy máu. Stapler thứ 2 và 3 đóng kín miệng nối, chú ý đặt trực hồng tràng thẳng góc với stapler để tránh hẹp quai tới.



Hình 3: Miệng nối tá hồng tràng bằng linear staplers

Kiểm tra miệng nối lưu thông tốt, không chảy máu. Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu plastic nhỏ diện bóc tách sau phúc mạc, đóng các lỗ trocar và rút dẫn lưu 48h sau mổ.

Sau mổ BN diễn tiến ổn định, cho ngồi dậy vận động sau 24h và cho ăn lại vào ngày thứ 3 sau mổ. Sau 7 ngày ổn định, ăn uống, đại trung tiện thường, chỉ ra viện.



Hình 4: Vết mổ trocar



Hình 5: Phục hồi sức khỏe sau mổ

III. BÀN LUẬN

Hội chứng ĐMMTTT là một bệnh lý rất hiếm gặp, chủ yếu gặp ở nữ, gầy, lứa tuổi từ 20 - 39 tuổi, tuy nhiên vẫn gặp ở cả hai giới và ở mọi lứa tuổi [5]. Nguyên nhân của hội chứng ĐMMTTT là do góc giữa động mạch chủ bụng (ĐMCB) và ĐMMTTT hẹp, dây chằng Treitz treo góc Treitz lên cao, lớp mỡ sau phúc mạc và quanh góc ĐMMTTT mỏng [3,7]. Bình thường ĐMTTT tạo thành một góc với ĐMCB khoảng 280 - 650 hoặc khoảng cách giữa hai động mạch này là 10 - 34mm thì đoạn D3 tá tràng đi qua giữa ĐMMTTT và ĐMCB dễ dàng [5]. Khi góc giữa ĐMMTTT và ĐMCB dưới 250 hoặc khoảng cách giữa hai động mạch dưới 8mm thì kẹp và nén D3 tá tràng tạo nên hội chứng ĐMMTTT [3, 5 - 7]. Ca bệnh chúng tôi có góc giữa ĐMCB và ĐMMTTT là 230 và khoảng cách giữa hai động mạch là 6,64mm cùng với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng khác hoàn toàn phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng ĐMMTTT.

Một số phương pháp điều trị nội khoa được lựa chọn là chế độ dinh dưỡng giàu năng lượng, ăn lỏng, chia nhiều bữa nhỏ, ăn xong ngồi tư thế gối ngực hoặc đặt thông dạ dày luôn qua D4 tá tràng dưới hướng dẫn của xquang động, siêu âm, cắt lớp vi tính động để bơm ăn, Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch... mục tiêu của các phương pháp nội khoa là cung cấp cho người bệnh nhiều calo để tăng lớp mỡ trong mạc treo, mở rộng góc giữa ĐMCB và ĐMMTTT [9 - 11]. Vì vậy, điều trị nội khoa được xem là khuyến cáo liệu pháp ban đầu trong điều

Bệnh viện Trung ương Huế

trị hội chứng ĐMMTTT [3]. Ca bệnh lâm sàng của chúng tôi cũng được áp dụng phương pháp điều trị nội khoa nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch từ ngày 03/07/2022 đến ngày 13/07/2022 nhưng không hiệu quả, hơn nữa ca bệnh này diễn tiến lâm sàng đã nhiều năm nên toàn bộ dạ dày và D1, D2 tá tràng đã giãn lớn nên các phương pháp điều trị nội khoa không đáp ứng. Điều trị ngoại khoa là cơ bản để giải quyết sự tắc nghẽn trong hội chứng ĐMMTTT, cũng có nhiều phương pháp đã được áp dụng như nối vị tràng, cắt đoạn dạ dày, cắt đoạn tá tràng, cắt hạ dây chằng Treitz, nối tá hồng tràng theo Roux-en-Y... [3, 12, 13]. Một số tác giả đã báo cáo cắt hạ dây chằng Treitz điều trị thành công lên đến 75% [14].

Hiện nay, cách tiếp cận thành công nhất để điều trị hội chứng này là nối lưu thông tá hồng tràng kiểu Roux-en-Y và đây cũng là phương pháp được nhiều tác giả khuyến cáo, kỹ thuật nối tá hồng tràng có thể được thực hiện bằng máy hoặc bằng khâu tay trong mổ mở, PTNS hỗ trợ, PTNS hoàn toàn. Trong những năm gần đây, PTNS hoàn toàn nối tá hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng được nhiều tác giả lựa chọn, bởi kỹ thuật này có ưu điểm trong phẫu thuật như phẫu trường rộng rãi; hình ảnh được phóng đại to, rõ ràng; thao tác thuận lợi và những ưu điểm sau mổ là vết mổ nhỏ, ít đau, hồi phục sức khỏe sớm và đặc biệt là bệnh thường phát hiện ở nữ, lứa tuổi 20 - 39 tuổi nên kỹ thuật này mang đến tính thẩm mỹ cao cho người bệnh. Tuy nhiên, PTNS nối lưu thông tá hồng tràng kiểu Roux-en-Y là một kỹ thuật khó, nhiều thao tác, nhiều miệng nối nên khó áp dụng. Ca bệnh này được tiến hành PTNS nối tá hồng tràng kiểu chữ ϕ bằng máy cắt nối thẳng (tương tự kiểu nối vị tràng), chúng tôi kỹ thuật này thuận lợi, dễ thực hiện, ít miệng nối do đó nguy cơ miệng nối ít hơn và thời gian phẫu thuật ngắn hơn. Tác giả Keith S Gersin và cộng sự năm 1998, báo cáo phẫu thuật nội soi nối tá hồng tràng cho BN hội chứng ĐMMTTT, không có tai biến và biến chứng sau mổ, trung tiện vào ngày thứ 2 và cho ăn lại đường miệng sau 36 giờ [3]. Akira Yoneda và cộng sự năm 2019 đã báo cáo ca lâm sàng hội chứng ĐMMTTT được PTNS nối tá hồng tràng kiểu chữ ϕ bằng máy cắt nối thẳng cho thấy kết quả sau mổ rất tốt không có tai biến và biến chứng, thời gian phẫu thuật 131 phút [9]. Barkhatov L và cộng sự (2017) nghiên cứu trên 05 bệnh nhân từ 2007 đến 2013 được điều trị bằng

PTNS nối tá hồng tràng, thời gian phẫu thuật là 95 (91-110) phút và có một số biến chứng sau mổ như tiêu chảy, đau... nhưng tác giả ghi nhận chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ được cải thiện một cách rõ rệt [12]. Chang J và cộng sự (2017) nghiên cứu trên 26 bệnh nhân hội chứng ĐMMTTT được PTNS nối tá hồng tràng trong 10 năm, thời gian phẫu thuật trung bình 143,9 (64 - 454) phút, không có trường hợp nào có biến chứng rò miệng nối sau mổ, có 01 bệnh nhân mổ lại do tắc ruột sớm sau mổ 30 ngày [13]. Qua ca bệnh lâm sàng này chúng tôi cũng khuyến cáo áp dụng PTNS hoàn toàn nối tá hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng trong điều trị hội chứng ĐMMTTT.

IV. KẾT LUẬN

Qua trường hợp này chúng tôi thấy áp dụng phẫu thuật nội soi nối tá hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng trong điều trị hội chứng động mạch mạc treo tràng trên là có tính khả thi, vết mổ nhỏ, ít đau, hồi phục sức khỏe sớm và có tính thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Von Rokitsansky CA. Handbook der Pathologischen Anatomic. 1st edition: Vienna Wren, Braumuller, and Seidel. 1842.
2. Wilkie DPD. Chronic duodenal ileus. Am J Med Sci. 1927;173:643.
3. Gersin KS, Heniford BT. Laparoscopic duodenojejunostomy for treatment of superior mesenteric artery syndrome. JLS. 1998;2(3):281-284.
4. Lee CS, Mangla JC. Superior mesenteric artery compression syndrome. Am J Gastroenterol. 1978;70:141-150.
5. Diab S, Hayek F. Combined Superior Mesenteric Artery Syndrome and Nutcracker Syndrome in a Young Patient: A Case Report and Review of the Literature. Am J Case Rep. 2020;21: e922619.
6. Barkhatov L, Tyukina N, Fretland AA et al Superior mesenteric artery syndrome: quality of life after laparoscopic duodenojejunostomy. Clin Case Rep. 2018;6(2):323-329.
7. Gustafsson L, Falk A, Lukes PJ, Gamklou R. Diagnosis and treatment of superior mesenteric artery syndrome. Br J Surg. 1984;71(7): 499-501.
8. Stavely AL. Acute and chronic gastromesenteric ileus with cure in a chronic case by duodenojejunostomy. Bull Johns Hopkins Hosp. 1908;19: 252.
9. Yoneda A, Kanetaka K, Yamaguchi S, Koga Y, Isagawa Y, Maruya Y et al. Complete laparoscopic duodenojejunostomy

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên hiếm gặp được phẫu thuật nội soi...

- for superior mesenteric artery syndrome: Linear stapled closure of the common enterotomy. *Asian J Endosc Surg.* 2019;13(4):552-555.
10. Munns SW, Morrissy RT, Golladay ES, McKenzie CN. Hyperalimentation for superior mesenteric artery (cast) syndrome following correction of spinal deformity. *J Bone and Joint Surg.* 1984;66:1175-1177.
 11. Hutchinson DT, Bassett GS. Superior mesenteric artery syndrome in pediatric orthopedic patients. *Clin Orthopaedics and Related Research.* 1990;250:250-257.
 12. Barkhatov L, Tyukina N, Fretland AA, Røsok BI, Kazaryan AM, Riis R et al. Superior mesenteric artery syndrome: quality of life after laparoscopic duodenojejunostomy. *Clinical Case Reports.* 2017;6(2): 323-329.
 13. Chang J, Boules M, Rodriguez J, Walsh M, Rosenthal R, Kroh M. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome: intermediate follow-up results and a review of the literature. *Surg Endosc.* 2017;31(3):1180-1185.
 14. Massoud WZ. Laparoscopic management of superior mesenteric artery syndrome. *International Surg.* 1995;80:322-327.