

THOÁT VỊ VÀ XOẮN TÚI MẬT QUA KHE WINSLOW - BÁO CÁO LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Nguyễn Huy Toàn, Phạm Minh Tuấn, Lê Anh Xuân,
Trần Xuân Công, Trần Hồng Quân, Nguyễn Văn Hương

Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Thoát vị túi mật qua khe Winslow là một tình trạng hiếm gặp, thoát vị kèm xoắn túi mật qua khe Winslow lại càng ít gặp hơn. Bệnh cảnh lâm sàng phức tạp và hiếm gặp tạo ra cho các nhà lâm sàng nhiều thách thức trong chẩn đoán xác định tiền phẫu lẫn thái độ xử trí. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nam giới 70 tuổi, nhập viện với triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải, thượng vị kèm sốt. Hình ảnh cắt lớp vi tính gợi ý thoát vị túi mật qua khe Winslow, chúng tôi tiến hành mổ nội soi cắt túi mật và phát hiện cuống túi mật bị xoắn gây hoại tử túi mật, bệnh nhân sau đó được chuyển mổ mở cắt túi mật. Hậu phẫu ổn định ra viện sau 10 ngày. Thoát vị túi mật qua khe Winslow, đặc biệt kèm theo xoắn túi mật là một tình trạng hiếm gặp nhưng có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm. Phát hiện sớm qua chẩn đoán hình ảnh và can thiệp phẫu thuật kịp thời là yếu tố quan trọng giúp giảm thiểu nguy cơ tử vong và các biến chứng nặng.

Từ khoá: Thoát vị túi mật, thoát vị qua khe Winslow, xoắn túi mật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị nội qua khe Winslow (epiploic foramen) được phát hiện đầu tiên và báo cáo vào năm 1834 bởi Bladin, một loại thoát vị nội hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 8% trong tổng số thoát vị nội [1]. Thoát vị nội chia thành bốn loại: loại 1 - tạng thoát vị là ruột non, đây loại phổ biến nhất và chiếm khoảng 60%; loại 2 - tạng thoát vị là manh tràng, đại tràng lên và hồi tràng đoạn cuối, chiếm khoảng 33%; loại 3 - tạng thoát vị là đại tràng ngang, chiếm khoảng 6,1%; loại 4 - túi mật là loại hiếm nhất của thoát vị [2].

Xoắn túi mật cũng là một tình trạng hiếm gặp, được mô tả lần đầu tiên bởi Wendel vào năm 1898, chỉ có 500 trường hợp được báo cáo bằng tiếng anh qua hồi cứu y văn [3], [4]. Các yếu tố góp phần dẫn đến tình trạng xoắn túi mật bao gồm sự bất thường giải phẫu cuống mạch nuôi túi mật hoặc sự hiện diện của mạc treo dài bất thường từ túi mật đến giường túi mật của gan

cho phép nó di động tự do [5]. Thoát vị nội túi mật qua khe Winslow kèm xoắn túi mật được mô tả rất ít qua hồi cứu y văn, theo thống kê chỉ có 3 trường hợp từng được báo cáo [6]. Ngày nay, mặc dù các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đã có nhiều sự cải tiến song việc chẩn đoán chính xác tiền phẫu vẫn còn là một thách thức đối với các nhà ngoại khoa.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 70 tuổi, tiền sử bệnh lý nội khoa COPD, chưa có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Bệnh nhân đột ngột xuất hiện đau bụng vùng thượng vị và quanh rốn 1 ngày kèm sốt 38 độ C nên vào viện. Khám lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh táo, thể trạng gầy, da cũng mạc mắt vàng nhẹ, sốt 38 độ, đau dữ dội liên tục vùng thượng vị và hạ sườn phải, túi mật không sờ thấy ở HSP. Phản ứng thành bụng (+).

Kết quả cận lâm sàng

Công thức máu Hồng cầu (RBC) 4,89 T/L; Bạch cầu (WBC) 22,32 G/L (Neutrophil 91%); Tiểu cầu 329G/L; Hct (Hematocrit) 28,5%; PT% 93,4%; INR 1,08.

Sinh hóa máu

Glucose 5,7 mmol/l; Creatinin 70 μ mol/l; Albumin 38 g/l; Bilirubin Total 18,9 μ mol/l; SGOT 14 U/L (< 35); SGPT 42 U/L (<35); Na 131 mEq/l (135-145); K 5,04 mEq/l (3,5-5); Cl 95 mEq/l (98-106); Ca 2,01 mEq/l (2,15-2,6); Pro BNP 950,7 pg/mL (< 125); CEA 2,5 ng/ml (0-5); Ca-199 38,5 u/ml (0-37).

Siêu âm bụng

Gan không to, nhu mô bình thường. Đường mật trong ngoài gan không giãn. Túi mật to,

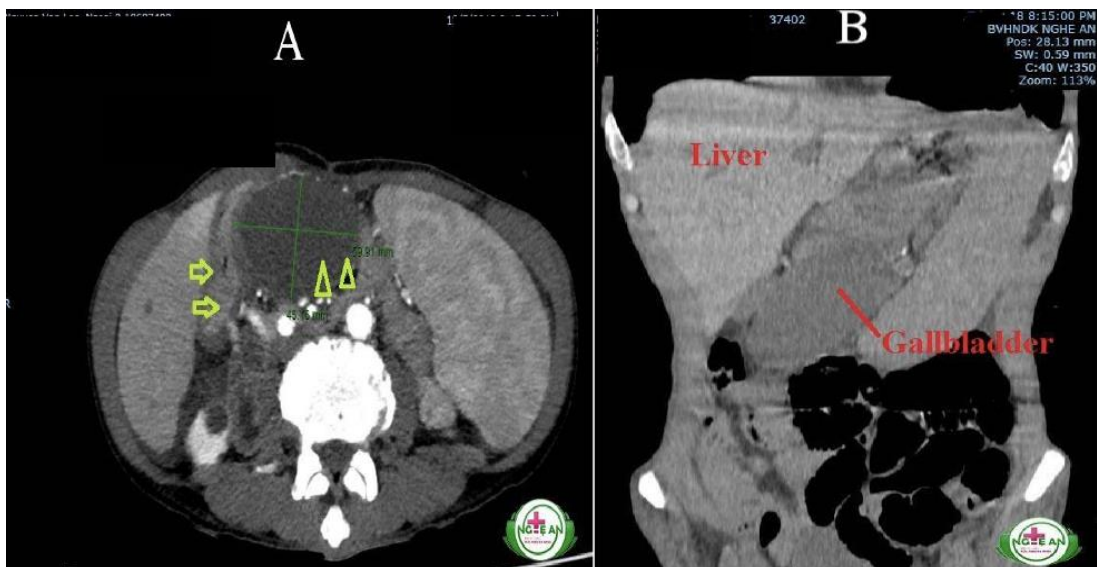
thành dày 8mm, trong lòng có nhiều sỏi nhỏ. Ổ bụng không có dịch.

CT scanner bụng

Tĩnh mạch cửa giãn 13mm, không thấy huyết khối. Đường mật trong và ngoài gan không giãn. Túi mật giãn căng, đường kính ngang khoảng 55mm, thành dày 7mm, xung quanh thâm nhiễm mỡ, vị trí nằm trong túi mạc nổi nhỏ, bên trái D2 tá tràng, đẩy dạ dày ra trước lên trên.

Kết luận

Thoát vị túi mật qua khe Winslow.



Hình 1. Phim CT bụng

Hình A: Mũi tên: Tá tràng; Tam giác: Túi mật nằm bên trái tá tràng-sau dạ dày.

Hình B: Túi mật nằm dưới dạ dày, xa giường gan.

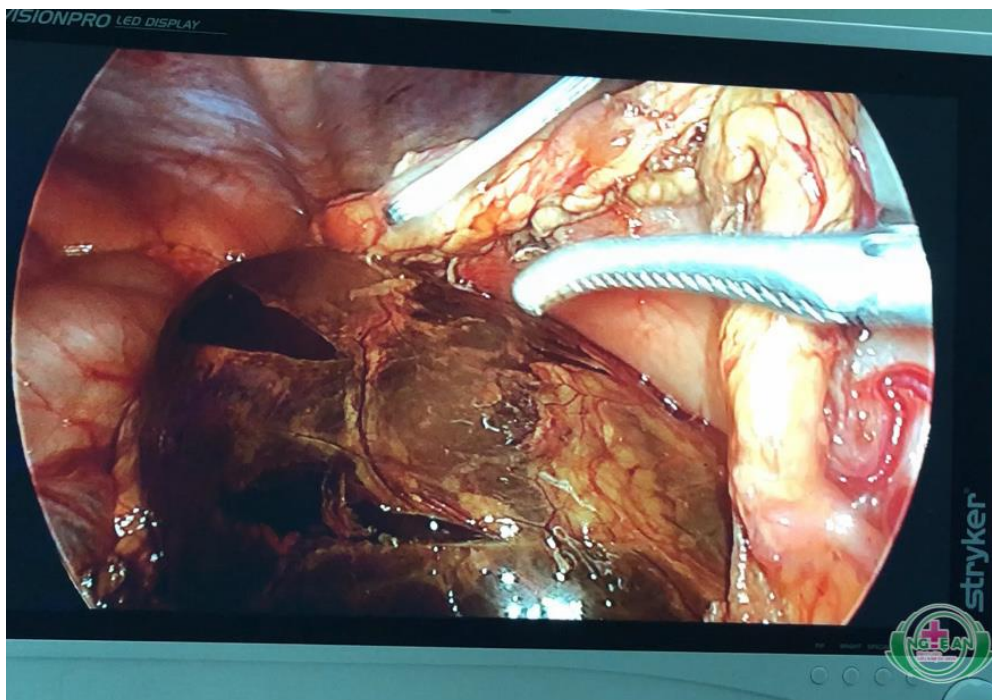
Chẩn đoán trước mổ

Viêm túi mật - Thoát vị túi mật qua khe Winslow/COPD - suy tim.

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Ban đầu chúng tôi tiến hành mổ nội soi vào ổ bụng, túi mật không thấy ở vị trí bình thường. Tiến hành mổ mạc nối lớn, lật dạ dày lên và phát hiện túi mật nằm trong túi mạc nối nhỏ qua khe Winslow, xoắn ở vùng cổ và hoại tử đen toàn bộ. Cố gắng đưa túi mật trở lại vị trí bình thường qua khe Winslow bằng phẫu thuật nội soi nhưng không được, quyết định

chuyển mổ mở. Thấy túi mật qua khe Winslow xoắn 3 ngược chiều kim đồng hồ, khe Winslow rộng khoảng 4cm. Tiến hành cắt túi mật, làm hẹp khe Winslow bằng mạc nối lớn. Đặt 1 dẫn lưu hạ sườn phải.

Sau mổ, bệnh nhân trung tiện được từ ngày thứ 3, được cho ăn, cắt chỉ và cho ra viện vào ngày thứ 10. Kết quả giải phẫu bệnh túi mật: túi mật viêm thoái hóa. Tái khám sau 1 tháng, hình ảnh siêu âm ổ bụng và xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu và sinh hóa máu cho kết quả trong ngưỡng bình thường.



Hình 2. Ảnh trong mổ (Túi mật nằm trong hậu cung mạc nối)

III. BÀN LUẬN

Khe Winslow có kích thước khoảng 3cm, nằm ở phía trước so với tĩnh mạch chủ dưới, đầu tụy tá tràng và sau dây chằng gan tá tràng. Túi mật nổi nhỏ và khoang phúc mạc thông với nhau qua khe này. Khe thường được giữ yên ở trạng thái đóng do áp lực ổ bụng khiến cho việc thoát vị của các tạng qua khe là thực sự khó nếu không có điều kiện thuận lợi, chẳng hạn như bất thường giải phẫu. Thoát vị nội qua khe Winslow chiếm khoảng 8% của tất cả thoát vị nội. Thoát vị nội chia thành bốn loại: loại 1 - Ruột non là nội tạng thường bị thoát vị nhiều nhất chiếm 60%. Loại 2 - Bao gồm manh tràng, đại tràng lên và hồi tràng đoạn cuối chiếm 33% trường hợp. Loại 3 - Đại tràng ngang, chiếm khoảng 6,1%; và loại 4 - Túi mật, là loại hiếm nhất của dạng thoát vị này chiếm 0,9% [2]. Các yếu tố ảnh hưởng đối với loại thoát vị này bao gồm một dị dạng bẩm sinh rộng quá mức của khe Winslow, mạc treo ruột non dài bất thường cho phép di chuyển quá mức các quai ruột, mạc treo đại tràng lên (mạc Told)

với thành bụng bên liên kết lỏng lẻo, túi mật nổi, giương túi mật lỏng lẻo [7].

Xoắn túi mật được báo cáo đầu tiên bởi Wendel vào năm 1898 [3], kể từ đó hơn 500 trường hợp đã được báo cáo, với 105 trong số này được xác định bằng nội soi [8]. Xoắn túi mật xuất hiện chủ yếu ở những người trong độ tuổi từ 60 đến 80, tuy nhiên, trẻ em cũng có thể gặp [9]. Tỷ lệ gặp là 1 trong số 365.520 ca nhập viện và chủ yếu là nữ giới (3:1.4). Tỷ lệ tử vong do xoắn túi mật là 6% [8].

Thoát vị túi mật vào túi mạc nối nhỏ qua khe Winslow, theo y văn kể từ báo cáo đầu tiên của McCrae vào năm 1951, chỉ có 13 báo cáo ca phẫu thuật thoát vị túi mật qua khe Winslow và tất cả đều là nữ giới. Trong đó, thoát vị túi mật kèm xoắn túi mật được ghi nhận ở ba trường hợp, tất cả đều bị viêm túi mật đã được chứng minh bởi giải phẫu bệnh sau mổ [10]. Trường hợp của chúng tôi là trường hợp thứ 4 bệnh cảnh vừa thoát vị túi mật qua khe Winslow vừa có xoắn túi mật.

Vì chẩn đoán lâm sàng thoát vị nội thường gặp khó khăn, vai trò của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh là rất quan trọng. Trước đây, những thoát vị này thường được đánh giá bằng chụp phim X-Quang bụng có uống thuốc cản quang. Hiện nay, CT đã trở thành phương thức đầu tiên ở những bệnh nhân này vì tính khả dụng, cho kết quả nhanh và khả năng tái tạo cấu trúc các cơ quan trong ổ bụng. Hình ảnh đặc trưng của thoát vị túi mật qua khe Winslow trên phim cắt lớp vi tính như sau: sự hiện diện của túi mật ở túi mạc nối nhỏ; giữa tĩnh mạch chủ dưới và dây chằng gan tá tràng; xuất hiện nang dịch trong túi mạc nối nhỏ, với một cái mỏ hướng về phía trước của khe Winslow [10].

Trường hợp của chúng tôi, về mặt lâm sàng không có gì khác biệt. Vẫn là một tình trạng đau bụng âm ỉ liên tục vùng hạ sườn phải, thượng vị, kết hợp với hội chứng nhiễm trùng. Về cận lâm sàng, các nhà chẩn đoán hình ảnh đã gợi ý hình ảnh thoát vị túi mật qua khe Winslow. Tuy nhiên, chẩn đoán xoắn túi mật chỉ được xác định trong lúc phẫu thuật. Không phải trường hợp nào cũng thấy được hình ảnh cuống túi mật bị xoắn trên cắt lớp vi tính bụng trước phẫu thuật, ngay cả trong trường hợp túi mật không bị thoát vị. Sẽ khả thi hơn nếu sử dụng công cụ chụp đường mật bằng cách tiêm chất tương phản qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc cắt lớp vi tính như đã được báo cáo trong một số trường hợp [8], khi đó chất tương phản sẽ không thể đi vào được ống mật chủ hay đường mật trong gan do bị nghẽn ở cổ túi mật. Nhưng trong bối cảnh bệnh nhân đến cấp cứu với biểu hiện đau bụng dữ dội, cần được can thiệp ngoại khoa sớm thì việc tiến hành thêm các thăm dò chuyên sâu là điều không thực tế. Và các thống kê cũng chỉ ra rằng chỉ có khoảng 1% số ca xoắn túi mật là được chẩn đoán tiền phẫu.

Điều trị thoát vị túi mật qua khe Winslow kèm xoắn thì phẫu thuật mổ cắt túi mật được chỉ định đầu tay. Bởi vì, hầu hết túi mật bị xoắn đều hoại tử, khả năng bảo tồn không cao. Trường hợp

thoát vị túi mật qua khe Winslow đơn thuần, trước đây một số phẫu thuật viên chọn phương án khâu cố định túi mật (cholecystopexy) nhưng gần đây hầu hết các phẫu thuật viên đều chọn phương án cắt túi mật (nội soi hoặc mổ mở) [10]. Mặc dù số lượng ca bệnh chưa đủ nhiều để có thể tiến hành 1 nghiên cứu so sánh 2 phương pháp trên nhằm đi đến một thái độ xử trí thống nhất, nhưng xu hướng lựa chọn cắt túi mật có thể được lý giải là vì các lý do sau: thứ nhất, biến chứng do cắt túi mật là rất hiếm gặp, biến chứng nguy hiểm nhất là tổn thương ống mật chủ thì lại rất khó xảy ra trên những trường hợp này do cuống túi mật dài; thứ hai là sự di động của gan và thành bụng khi thở khiến cho việc cố định túi mật không thực sự an toàn.

Để ngăn ngừa thoát vị tái diễn, ở trường hợp này, sau khi được cắt túi mật chúng tôi đã tiến hành làm hẹp khe Winslow bằng mạc nối lớn. Việc có nên làm hẹp hay đóng kín khe Winslow sau mổ hay không nhằm ngăn ngừa tái phát vẫn còn nhiều tranh cãi. Một số phẫu thuật viên lựa chọn đóng kín khe Winslow. Tuy nhiên, giải pháp này có thể dẫn tới những biến chứng đáng ngại như là tạo điều kiện thuận lợi cho việc hình thành huyết khối tĩnh mạch cửa hay vàng da do tắc mật,... Thêm vào đó, việc để khe ở trạng thái mở vẫn có thể chấp nhận được bởi lẽ phản ứng viêm dính sau mổ thường sẽ bịt lối vào khe và cho tới nay vẫn chưa có trường hợp tái phát nào được thông báo.

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị túi mật qua khe Winslow, đặc biệt kèm theo xoắn túi mật là một tình trạng hiếm gặp nhưng có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm. Phát hiện sớm qua chẩn đoán hình ảnh và can thiệp phẫu thuật kịp thời là yếu tố quan trọng giúp giảm thiểu nguy cơ tử vong và các biến chứng nặng. Ca bệnh của chúng tôi đóng góp thêm một trường hợp nam giới hiếm hoi trong số ít các trường hợp được báo cáo về tình trạng này trong y văn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harnsberger C.R., McLemore E.C., Broderick R.C. et al. Foramen of Winslow hernia: a minimally invasive approach. *Surg Endosc*, 2015, 29(8): 2385–2388.
2. Ohkuma R., Miyazaki K. Hernia through the foramen of Winslow. *Jpn J Surg*, 1977, 7(3):151–157.
3. Wendel A.V. VI. A Case of Floating Gall-Bladder and Kidney complicated by Cholelithiasis, with Perforation of the Gall-Bladder. *Ann Surg*, 1898, 27(2): 199–202.
4. Pu T.-W., Fu C.-Y., Lu H.-E. et al. Complete body-neck torsion of the gallbladder: A case report. *World J Gastroenterol WJG*, 2014, 20(38): 14068–14072.
5. Kashyap S., Mathew G., Abdul W. et al. Gallbladder Volvulus. *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2020.
6. Nagahori J.. [Herniation of the gallbladder through the foramen of Winslow]. *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu*, 1996, (9): 432–435.
7. Izumi J., Hirano H., Kasuya T. et al. Gallbladder hernia into the foramen of Winslow: CT findings. *Abdom Imaging*, 2008, 34(6): 734-736.
8. Reilly D.J., Kalogeropoulos G., Thiruchelvam D. Torsion of the gallbladder: a systematic review. *HPB*, 2012, 14(10): 669–672.
9. Lai E.C.H., Kwong W.H., Chan K.C. et al. Acute torsion of the gall bladder. *ANZ J Surg*, 2005, 75(10): 921–921.
10. Numata K., Kunishi Y., Kurakami Y. et al. Gallbladder herniation into the lesser sac through the foramen of Winslow: report of a case. *Surg Today*, 2013, 43(10), 1194–1198.

SUMMARY**GALLBLADDER HERNIATION AND TORSION THROUGH WINSLOW'S FORAMEN: A CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Gallbladder herniation through the foramen of Winslow is an exceptionally rare condition, with cases involving herniation and volvulus being even more uncommon. Its complex and atypical clinical presentation poses significant diagnostic and therapeutic challenges for clinicians. We present the case of a 70-year-old male admitted with symptoms of right upper quadrant and epigastric pain accompanied by fever. Computed tomography imaging indicated gallbladder herniation through the foramen of Winslow. During laparoscopic cholecystectomy, gallbladder volvulus with necrosis was identified, necessitating conversion to open surgery for complete removal of the gallbladder. The patient had an uneventful recovery and was discharged 10 days postoperatively. Gallbladder herniation through the foramen of Winslow, especially when associated with volvulus, is an extremely rare but potentially life-threatening condition. Early diagnosis through imaging and prompt surgical management are essential to minimizing mortality and preventing serious complications.

Keywords: Gallbladder herniation, Winslow's foramen, gallbladder torsion.