

thoracoscopy and left-to-right mediastinal dissection during minimally invasive repair of pectus excavatum. Eur J Pediatr Surg Off J Austrian Assoc Pediatr Surg Al Z Kinderchir, **17(2)**, 81–83.

8. **Richard J Hendrickson, Denis D Bensard, Joseph S Janik, David A Partrick (2005)**. Efficacy of left thoracoscopy and blunt

mediastinal dissection during the Nuss procedure for pectus excavatum. J Pediatr Surg; 40(8): 1312 - 1314.

9. **Croitoru D.P., Kelly R.E., Goretsky M.J., et al. (2002)**. Experience and modification update for the minimally invasive Nuss technique for pectus excavatum repair in 303 patients. J Pediatr Surg, **37(3)**, 437–445.

## XOẪN TÚI MẬT: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Trần Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Trần Quế Sơn<sup>2</sup>, Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Xoắn túi mật là một nguyên nhân hiếm gặp gây đau bụng cấp tính, hay gặp ở phụ nữ lớn tuổi, và có thể gây tử vong. Các biểu hiện lâm sàng và các đặc điểm hình ảnh không đặc hiệu nên rất khó chẩn đoán chính xác trước mổ. Cắt túi mật là chỉ định điều trị tuyệt đối của bệnh lý này. **Ca lâm sàng:** Chúng tôi thông báo một trường hợp xoắn túi mật, và là ca bệnh thứ hai tại Việt Nam được thông báo trong khi mổ cắt túi mật nội soi ở một bệnh nhân nữ 80 tuổi đến cấp cứu với bệnh cảnh của viêm túi mật cấp. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cho thấy dấu hiệu túi mật căng to, thành dày, có dịch quanh túi mật. Túi mật không có sỏi, đường mật trong và ngoài gan không giãn, không có sỏi. Trong mổ chúng tôi thấy túi mật bị xoắn 180 độ ngược chiều kim đồng hồ tại vị trí phễu túi mật, xung huyết nhưng chưa hoại tử. Bệnh nhân được cắt túi mật nội soi, không có biến chứng và ra viện ở ngày thứ 4 sau mổ. **Kết luận:** Chẩn đoán xoắn túi mật chắc chắn là một thách thức đối với bác sĩ lâm sàng. Nhưng khi nghi ngờ, phải chỉ định mổ cấp cứu cắt túi mật để giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong do viêm phúc mạc mật.

### SUMMARY

#### GALLBLADDER TORSION: A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

**Introduction:** Gallbladder torsion is a rare cause of acute abdominal pain that is more prevalent in older women and can be fatal. Due to the lack of specific clinical manifestations and imaging features, making an accurate preoperative diagnosis isn't easy. Cholecystectomy is the only standard treatment for this pathology. **Case presentation:** This is the second report in the Vietnamese literature on gallbladder torsion. We report a case of gallbladder torsion that occurred during laparoscopic cholecystectomy on an 80-year-old woman who presented to the Emergency Department with acute cholecystitis. The computed tomography and ultrasound showed signs of acute cholecystitis. The patient underwent laparoscopic cholecystectomy and

found that the gallbladder was gangrene, enlarged due to torsion. The patient was discharged without any postoperative complications on day 4. **Conclusion:** Torsion of the gallbladder is a complex condition to diagnose accurately. An emergency cholecystectomy is indicated to avoid biliary peritonitis-related morbidity and mortality when gallbladder torsion is suspected.

**Keyword:** Cholecystitis, Gallbladder torsion, Cholecystectomy, Gall bladder volvulus, Acute abdomen, Laparoscopic cholecystectomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn túi mật là một cấp cứu ngoại khoa rất hiếm gặp, tần suất khoảng 0,01% trong các trường hợp được mổ vì viêm túi mật cấp (1). Bệnh lý này lần đầu tiên được mô tả bởi Wendel vào năm 1896 (2). Cho đến nay, trong y văn thế giới mới mô tả được trên 500 ca lâm sàng, và chưa đến 10% các trường hợp được phát hiện trước mổ (3),(4).

Không giống như viêm túi mật cấp, xoắn túi mật được định nghĩa là tình trạng xoắn theo trục của túi mật làm cản trở sự lưu thông của dịch trong túi mật và mạch máu. Điều này nhanh chóng dẫn đến tình trạng phù nề, hoại tử, thủng túi mật, viêm phúc mạc và có thể gây tử vong cho người bệnh (5). Do đó, hiểu biết về các dấu hiệu lâm sàng, đặc điểm hình ảnh gợi ý, và thái độ xử trí phù hợp sẽ tránh được việc chậm trễ trong chỉ định mổ cấp cứu, dẫn đến tiên lượng xấu và tỷ lệ tử vong cao (4). Chính khó khăn về chẩn đoán trước mổ đã khuyến khích chúng tôi công bố ca lâm sàng này, qua đó điểm lại y văn các công trình đã được công bố.

### II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 80 tuổi. Tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp 2 điều trị thường xuyên bằng thuốc hạ áp (Amlor 5 mg x 1 viên/ngày; Diamicron MR 30 mg x 2 viên/ngày). Bệnh nhân có biểu hiện đau bụng 1 ngày trước đó, đau âm ỉ liên tục vùng thượng vị và hạ sườn phải, kèm theo sốt nhẹ, và buồn nôn nhưng không nôn. Bệnh nhân được vào phòng khám cấp cứu của

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaim@gmail

Ngày nhận bài: 7.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2022

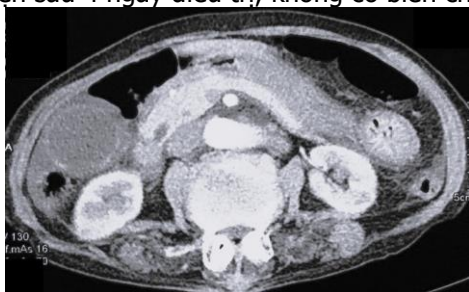
Ngày duyệt bài: 11.3.2022

chúng tôi trong tình trạng huyết động ổn định (mạch 85 lần/phút; huyết áp 135/80 mmHg), da cùng mạc mắt không vàng, niêm mạc mắt hồng. Dưới sườn phải ấn đau và có phản ứng thành bụng.

Các xét nghiệm máu có kết quả: Bạch cầu 6,13G/L, hồng cầu 3,89T/L, tiểu cầu 289G/L, prothrombin 97%, fibrinogen 2.39 g/L, IRN 1,01, ure 4 mmol/L, glucose 8,6mmol/L, creatinin 81 $\mu$ mol/L, GOT 158U/L, GPT 152U/L, amylase 80U/L, Natri 140mmol/L, Kali 3,3mmol/L, Clo 103mmol/L.

Siêu âm ổ bụng cho thấy túi mật có đường kính ngang 39 mm, thành dày 6 mm, không thấy sỏi túi mật, dịch dày 12 mm xung quanh túi mật. Đường mật trong gan không giãn, không có sỏi, ống mật chủ không giãn, không có sỏi. Hình ảnh trên cho thấy dấu hiệu túi mật bị viêm cấp tính. Chụp cắt lớp vi tính 32 dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy túi mật căng kích thước 40 mm, dịch mật tương đối đồng nhất, không có sỏi, thành túi mật dày 8 mm, không thấy điểm hoại tử hay thủng, dịch quanh gan dày 14 mm, ống mật chủ không giãn đường kính 7 mm, không có giun, sỏi. Tụy kích thước bình thường, nhu mô đều, ống tụy không giãn, không có sỏi (Figure 1).

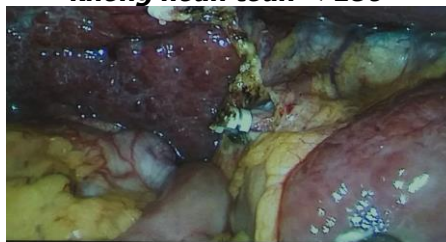
Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là viêm túi mật cấp, và được chỉ định mổ cấp cứu. Ca mổ được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi, gây mê nội khí quản, đặt 3 trocar (2 trocar 10mm và 1 trocar 5 mm) vào ổ bụng, quan sát trong mổ thấy túi mật bị xoắn 180 độ ngược chiều kim đồng hồ quanh phễu túi mật. Thành túi mật dày nhưng chưa hoại tử, dưới gan có ít dịch mật vàng trong, gan nhu mô thô, ống mật chủ không giãn (Figure 2). Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt túi mật ngược dòng, kẹp ống cổ túi mật bằng hai hem-o-lok (Figure 3). Trong mổ không mất máu, không có tai biến gì, thời gian mổ khoảng 30 phút, sau mổ 2 ngày bệnh nhân có nhu động ruột và ăn uống trở lại. Bệnh nhân ra viện sau 4 ngày điều trị, không có biến chứng.



**Ảnh 1. Hình ảnh viêm túi mật cấp trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng**



**Ảnh 2. Nội soi ổ bụng túi mật bị xoắn không hoàn toàn < 180<sup>o</sup>**



**Ảnh 3. Túi mật đã được cắt bỏ Kẹp ống cổ túi mật bằng Hem-o-lok**

#### IV. BÀN LUẬN

Xoắn túi mật là một tình trạng cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp. Tần suất đã được quan sát thấy tăng theo độ tuổi, nhưng tỷ lệ cao nhất có độ tuổi từ 60 đến 80 (3), hay gặp ở nữ giới với tỷ lệ nữ trên nam là 3:1 (6),(7),(8). Nguyên nhân chính xác của xoắn túi mật vẫn chưa được biết rõ, mặc dù một số biến thể giải phẫu nhất định được cho là dẫn đến xoắn túi mật (6). Đầu tiên có thể liên quan đến dị tật bẩm sinh. Giữa tuần thứ 4 và tuần thứ 7 của quá trình phát triển phôi thai, phễu túi mật hình thành từ túi gan; Di chuyển bất thường, không có mạc treo túi mật, tạo ra túi mật di động; Hoặc mạc treo túi mật dài do mất chất béo nội tạng và độ đàn hồi do lão hóa, giảm cân và dị dạng cột sống tạo điều kiện thuận lợi cho túi mật bị xoắn. Theo phân loại của Gross, chia ra hai tuýp tùy thuộc vào mức độ dính của túi mật vào mặt dưới gan. Tuýp 1: mạc treo túi mật và phễu túi mật tương đối dài đủ để xoắn và tuýp 2: Chỉ có phễu túi mật dính vào dưới gan (9).

Chẩn đoán trước mổ thông thường là viêm túi mật cấp tính. Biểu hiện lâm sàng là sốt, tăng bạch cầu, và 1/3 số bệnh nhân có túi mật to nằm dưới sườn phải. Hoại tử túi mật xảy ra trong 50% trường hợp bị xoắn và cực kỳ phổ biến sau 48 tiếng có biểu hiện đau bụng. Bất chấp những tiến bộ gần đây của chẩn đoán hình ảnh, chẩn đoán chính xác xoắn túi mật trước khi mổ vẫn là một thách thức. Theo Bekki và cộng sự, từ 2008 đến 2016, y văn mới chỉ ghi nhận 7 ca được chẩn đoán chính xác xoắn túi mật trước mổ mặc dù có nhiều tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh (10). Hầu hết các trường hợp xoắn túi mật chỉ được

chẩn đoán tại thời điểm phẫu thuật. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là những phương thức hữu ích có thể giúp bác sĩ lâm sàng chẩn đoán xoắn túi mật trước mổ. Siêu âm ổ bụng có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 85% và 95% trong chẩn đoán viêm túi mật cấp. Một số đặc điểm hình ảnh có thể thấy như túi mật to nằm lệch bên trái, thành túi mật dày hoặc nằm bên ngoài hố giải phẫu bình thường. Usui và cộng sự đã báo cáo đặc điểm cộng hưởng từ về xoắn túi mật như sau: 1) ống mật chính biến dạng hình chữ V do lực kéo của phần túi mật, 2) sự gián đoạn của phần túi mật, 3) túi mật căng to và lệch về đường giữa của bụng, và 4) sự khác biệt về mức độ dày mỏng của giữa thân và phần túi mật. Một đặc điểm nữa là túi mật không có sỏi mà có dấu hiệu viêm túi mật cấp tính có thể gợi ý xoắn túi mật. Tương tự, chụp cắt lớp vi tính có thể cho thấy vị trí giải phẫu bất thường của túi mật, cũng như dày thành và dịch quanh túi mật.

Carter và cộng sự đã mô tả hai kiểu xoắn túi mật đó là xoắn không hoàn toàn với góc quay nhỏ hơn 180 độ và khởi phát từ từ như trong trường hợp của chúng tôi; và xoắn hoàn toàn, như khi góc xoay lớn hơn 180 độ và khởi phát đột ngột có thể bao gồm đau bụng cấp tính vùng hạ sườn phải, buồn nôn và nôn. Xoắn túi mật hoàn toàn làm tắc cả lưu thông dịch mật trong túi mật và mạch máu dễ dẫn đến tình trạng hoại tử thủng túi mật, trong khi xoắn không hoàn toàn chỉ gây nên tắc mật. Phương pháp điều trị được khuyến cáo là cắt túi mật khẩn cấp để ngăn ngừa thủng túi mật gây viêm phúc mạc. Phẫu thuật có thể được thực hiện bằng cách mở bụng hoặc nội soi ổ bụng, hoặc thậm chí bằng nội soi ổ bụng một vết rạch rốn. Dẫn lưu túi mật qua da là không cần thiết trừ khi bệnh nhân này có rất nhiều nguy cơ. Việc dẫn lưu chỉ nhằm mục đích giảm áp trước khi thực hiện phẫu thuật cắt bỏ túi mật (2). Do đặc điểm túi mật bị xoắn kết dính rất lỏng lẻo với vùng dưới gan nên việc cắt bỏ túi mật tương đối dễ dàng. Trong mổ, tùy tình huống cụ thể có thể tháo xoắn để giải áp và giảm nguy cơ tổn thương đường mật, nhưng động tác này có thể làm tăng nguy cơ nhiễm vi khuẩn vào ống mật chủ.

Bệnh nhân của chúng tôi có các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng phù hợp với các báo cáo trước đây đó là phụ nữ, 80 tuổi, đau âm ỉ hạ sườn phải, kèm theo sốt nhẹ. Phối hợp với các thăm dò trước mổ như siêu âm, chụp cắt lớp nhưng chúng tôi cũng không chẩn đoán được xoắn túi mật trước mổ mà chỉ chẩn đoán là viêm túi mật và chỉ định mổ cấp cứu mặc dù có hình

ảnh viêm túi mật cấp tính mà không có sỏi nhưng không ghi nhận được các bất thường của ống mật chính và túi mật như trong báo cáo của Usui và cộng sự. Trong mổ quan sát thấy túi mật xoắn 180 độ là loại xoắn không hoàn toàn theo cách phân loại của Carter, chính vì vậy mà mặc dù từ khi có dấu hiệu bệnh đầu tiên đến khi được xử lý phẫu thuật cấp cứu là 24 tiếng nhưng túi mật chỉ dày thành mà chưa có điểm hoại tử gây viêm phúc mạc. Chúng tôi cắt túi mật nội soi thuận lợi mà không tháo xoắn trước khi cắt để hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn vào ống mật chủ vì giải phẫu vùng cuống gan không có sự biến đổi gì do hậu quả của xoắn túi mật và chúng tôi cũng quan sát thấy mạc treo túi mật và phần túi mật rất dài phù hợp với tuýp 1 theo cách phân loại của Gross (9).

## V. KẾT LUẬN

Mặc dù xoắn túi mật rất hiếm gặp nhưng bệnh lý nên được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý đau bụng cấp tính ở người cao tuổi. Phát hiện sớm và mổ cấp cứu kịp thời để giảm nguy cơ biến chứng và tử vong do túi mật hoại tử thủng gây viêm phúc mạc mật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Doxey S, Nawabi P, Pagnotta C, Smith S, Harper C, Gazzetta J.** Incidental Finding of Gallbladder Torsion During Laparoscopic Cholecystectomy. *Cureus*. 2021;13(9):e18058.
- Wendel AV. 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.
- Krishna PS, Somasekar RDR, Sankar AS.** Unexpected intraoperative finding of gallbladder torsion. *J Surg Case Rep*. 2021;2021(12):rjab478.
- Mejri A, Arfaoui K, Rchidi J, Omry A, Mseddi MA, Saad S.** The deceitful diagnosis of gallbladder volvulus: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021;84:106114.
- Bustos R, Mashbari H, Gangemi A.** First Report of Gallbladder Volvulus Managed with a Robotic Approach. *Case Rep Surg*. 2019;2019:2189890.
- Nho WY, Kim JK, Kee SK.** A comparative analysis of gallbladder torsion and acute gallbladder disease without torsion: a single-center retrospective case series study. *Ann Transl Med*. 2021;9(18):1399.
- Nakao A, Matsuda T, Funabiki S, Mori T, Koguchi K, Iwado T, et al.** Gallbladder torsion: case report and review of 245 cases reported in the Japanese literature. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 1999;6(4):418-21.
- Reilly DJ, Kalogeropoulos G, Thiruchelvam D.** Torsion of the gallbladder: a systematic review. *HPB (Oxford)*. 2012;14(10):669-72.
- Reilly D, Kalogeropoulos G, Thiruchelvam D.** Torsion of the gallbladder. *J Surg Case Rep*. 2011;2011(3):5.