

- 2015;62(1):75-82. doi:10.1016/j.jvs.2015.02.025
8. **Bosse C, Becquemin JP, Touma J, Desgranges P, Cochenec F.** A Hybrid Technique to Treat Iliofemoral Lesions Using a Covered Stent Associated with Open Femoral Repair. *Annals of vascular surgery.* Jul 2020;66:601-608. doi:10.1016/j.avsg.2019.12.010
9. **Maitrias P, Deltombe G, Molin V, Reix T.** Iliofemoral endarterectomy associated with systematic iliac stent grafting for the treatment of severe iliofemoral occlusive disease. *Journal of vascular surgery.* Feb 2017;65(2):406- 413. doi:10.1016/j.jvs.2016.07.130
10. **Kavanagh CM, Heidenreich MJ, Albright JJ, Aziz A.** Hybrid external iliac selective endarterectomy surgical technique and outcomes. *Journal of vascular surgery.* Nov 2016; 64(5):1327-1334. doi:10.1016/j.jvs.2016.03.468

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO UNG THƯ DẠ DÀY - DẠ DÀY ĐÔI HÌNH ỐNG

Thái Nguyên Hưng, Trần Xuân Dũng, Phan Văn Linh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ca bệnh xuất huyết tiêu hóa (XHTH)/BN ung thư dạ dày đôi hiếm gặp. Kết quả điều trị phẫu thuật (PT) BN ung thư dạ dày đôi. 2. Điểm lại Y văn. - **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** + Mô tả hồi cứu ca lâm sàng hiếm gặp. - **Bệnh án nghiên cứu (NC):** Bệnh nhân Lương Thị Th, SN 1968. Địa chỉ: Lý Bôn, Bảo Lâm, Cao Bằng, Mã: 220270847. Vào: 26/9/2022. Mổ: 5/10/2022. Ra viện: 20/10/2022. + Lý do vào viện: Ỉa phân đen, nôn máu, gầy sút. + Bệnh xuất hiện 2 tháng, ỉa phân đen, nôn máu, gầy sút. + Tiền sử (TS): Điều trị tăng HA. Điều trị viêm dạ dày 10 năm. + Xét nghiệm (XN): HC 3,27 G/L. Hb: 9,2g/l; hematocrit: 0,27L/L, BC: 13,4 G/L, TC: 752 G/L. ++ Đông máu: Prothrombin 86%, APTT: 27,6, tỷ lệ 0,91, IRN: 1,1. + Sinh hóa: Ure: 2,2, creatinin: 56, GOT: 61,9, GPT: 9,9, Albumin: 20,7. + CLVT: Phình vị lớn dạ dày thành không đều, dày 16mm, tổn thương phá vỡ thành dạ dày tạo thành ổ dịch khí lân cận KT 73-88 mmm, thành dày ngấm thuốc mạnh sau tiêm. + NSDD (trước mổ: Thân phình vị có ổ loét đáy sâu, 3 cm, có rò KL: Phình vị bị phá vỡ, rò. Ảnh NSDD. + Chẩn đoán trước mổ: Gist phình vị lớn dạ dày thùng, XHTH, Rò dạ dày phình vị lớn. + Chẩn đoán sau mổ: XHTH do UTDD/Dạ dày đôi, xâm lấn cơ hoành T, lách, thân đuôi tụy đại tràng trái. + Tổn thương trong mổ: Khối lớn 10-15cm vùng tâm phình vị, thông với dạ dày, lòng có lót niêm mạc thành túi ở vùng thân vị, tâm, phình vị lớn, phá vỡ thanh mạc, xâm lấn lách, thân, đuôi tụy, cơ hoành trái, đại tràng trái thành khối, cắt. Mổ cắt TBDD, lách, thân, đuôi tụy, cơ hoành T. + Giải phẫu bệnh: U xơ cơ viêm (inflammatory myofibroblastic tumor). + XN hóa mô miễn dịch (HMMD): (+) Ki67. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa do UTDD/dạ dày đôi là bệnh lý hiếm gặp. Đây

là trường hợp dạ dày đôi có sự liên thông giữa dạ dày và nang dạ dày đôi ung thư hóa (Tubular cyst), tổn thương được xác định qua chụp CLVT, nội soi dạ dày và tổn thương trong mổ nang hình ống có thành liên tục với thành dạ dày, có biểu mô lót và cơ bao phủ, tổn thương giải phẫu bệnh (hóa mô miễn dịch) là u xơ cơ viêm, 1 dạng ung thư hiếm gặp ở bệnh nhân dạ dày đôi ung thư hóa (dạng hay gặp là adenocarcinome).

### SUMMARY

#### SURGICAL MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING CANCER IN GASTRIC TUBULAR DUPLICATION CYST- CASE REPORT AND REVIEW LITERATURE

**Study aim:** 1. Evaluation the clinic and paraclinic feature of bleeding gastric cancer arising in gastric duplication cyst patient. 2. The result of surgical management and review of literature. - Patient and method: + Retrospective study: Case report. **Result:** ++ Female 51 years old, admission on 26/9/2022 for hematemese with massive volume and melena. ++ Examination: Anorexia, malaise, abdominal pain (epigastric), epigastric mass. ++ Upon investigation: A gastroscopy revealed a ulceration 3 cm in diameter that perforated to the greater curvature of stomach (there was fistula tract intra gastric lumen and cyst). ++ CT scanner: The cyst measured 73-88 mm in diameter at the greater curvature of stomach, thickened wall communicated with the gastric lumen (filling defect) containing air and fluid intra lumen of stomach. ++ Laboratory examination: Globule: 3,27 G/L, Hemoglobule (Hb): 9,2 g/L hematocrit 0,27 L/L, leucocyte: 13,4 G/L. Glumerulemie: 752 G/L. Prothrombin 86%, APTT 27,6 s, IRN: 1,1. ++ Biochemistry: Urea: 2,2 mmol/L, creatinine: 56 mmol/L, GOT: 61,9 U/L, GPT: 9,9 U/L. Albumin: 20,7 g/L. ++ Blood transfusion: 250 ml-2 unit. ++ Operation performed: Total gastrectomy, Roux en Y reconstruction, Left pancreatic spleenectomy. ++ The finding intra operation: Cyst communicated with gastric lumen by the hole measured 3-5cm, the gastric cyst had mucosa lining and surrounded by muscle layer, measured >10 cm in diameter, invaded the body and tail of pancreas and the rate. ++ Post operative

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2023

Ngày duyệt bài: 12.6.2023

recovery was normal. ++ Histopathologic finding: Immunohistochemistry: Inflammatory myofibroblastic tumor. **Conclusion:** We concluded that this was upper gastrointestinal bleeding from gastric duplication cyst with massive volume in female patient, aged of 51 years old. The lesion was a tubular cyst, more than 10 cm in diameter, located in the greater curvature of stomach, communicated with the gastric lumen by 3 cm hole. The surgical management included total gastrectomy with Roux en Y reconstruction, left pancreatic splenectomy. Immunohistochemistry: Inflammatory myofibroblastic tumor.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày xuất hiện trên dạ dày đôi là ung thư hiếm gặp. Cho tới nay đã có 11 ca lâm sàng được báo cáo. Tỷ lệ mắc đường tiêu hóa đôi 1/4500 trẻ em mới sinh. Có 2 dạng đường tiêu hóa đôi là dạng túi và dạng hình ống. Có tới 70% số trẻ em mắc đường tiêu hóa đôi được phát hiện trước năm 12 tuổi. Mặc dù rất hiếm gặp nhưng ung thư dạ dày (UTDD) xuất hiện ở dạ dày đôi (gastric duplication cyst) vẫn xảy ra. Bởi vậy chúng tôi báo ca lâm sàng này với mục tiêu:

1. *Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ca bệnh xuất huyết tiêu hóa (XHTH)/BN ung thư dạ dày đôi hiếm gặp. Kết quả điều trị phẫu thuật (PT) BN ung thư dạ dày đôi.*

2. *Điểm lại Y văn*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Mô tả ca lâm sàng hồi cứu.

### III. BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân Lương Thị Th, SN 1968. Địa chỉ: Lý Bôn, Bảo Lâm, Cao Bằng,

Mã: 220270847.

Vào: 26/9/2022.

Mổ: 5/10/2022.

Ra viện: 20/10/2022.

+ Lý do vào viện: Ỉa phân đen, nôn máu, gầy sút.

+ Bệnh xuất hiện 2 tháng, ỉa phân đen, nôn máu, gầy sút.

+ TS: Điều trị tăng HA.

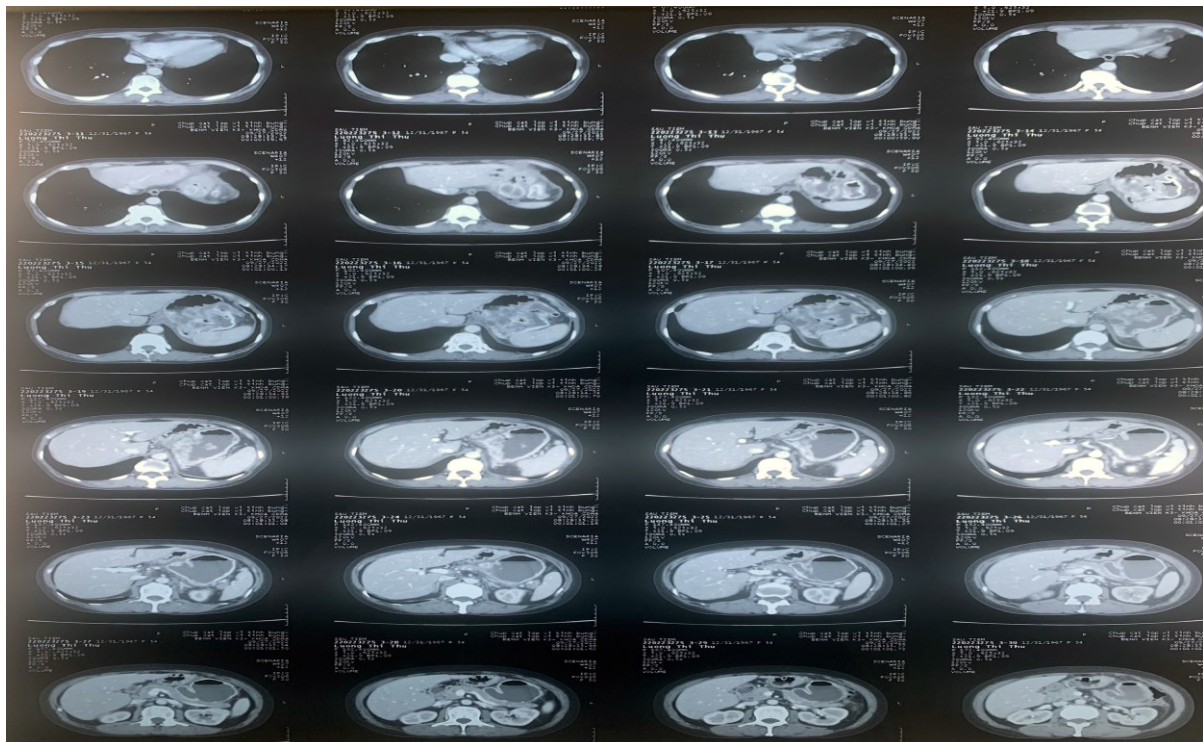
Điều trị viêm dạ dày 10 năm.

+ XN: HC 3,27. Hb: 9,2; hematocrit: 0,27, BN: 13,4.TC: 752.

+ Đông máu: Prothrombin 86%,APTT: 27,6, tỷ lệ 0,91, IRN: 1,1.

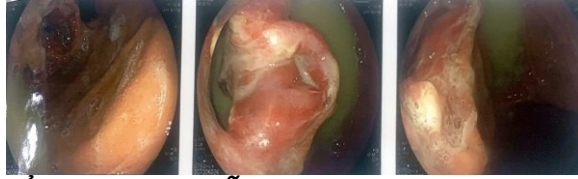
+ Sinh hóa: Ure: 2,2, creatinin: 56,GOT: 61,9, GPT: 9,9. Albumin: 20,7.

+ CLVT: Phình vị lớn dạ dày thành không đều, dày 16mm, tổn thương phá vỡ thành dạ dày tạo thành ổ dịch khí lân cận KT 73-88 mmm, thành dày ngấm thuốc mạnh sau tiêm.



**Ảnh 1. CLVT: Cận bờ cong lớn dạ dày hình nang dịch, khí**

+ NSDD (trước mổ: Thân phình vị có ổ loét đáy sâu, 3 cm, có rò KL: Phình vị bị phá vỡ, rò.



**Ảnh 2. NSDD: Lỗ thông 3cm dạ dày - nang tại phình vị lớn**

+ Chẩn đoán trước mổ: Gist phình vị lớn dạ dày thủng, XHTH, Rò dạ dày phình vị lớn.

+ Chẩn đoán sau mổ: XHTH do UTDD/Dạ dày đôi, xâm lấn cơ hoành T, lách, thân đuôi tụy đại tràng trái.

+ Tổn thương trong mổ: Khối lớn 10-15cm vùng tâm phình vị, thông với dạ dày, lòng có lót niêm mạc thành túi ở vùng thân vị, tâm, phình vị lớn, phá vỡ thanh mạc, xâm lấn lách, thân, đuôi tụy, cơ hoành trái, đại tràng trái thành khối, cắt

+ Mổ cắt TBDD, lách, thân, đuôi tụy, cơ hoành T.

+ Giải phẫu bệnh: U xơ cơ viêm (inflammatory myofibroblastic tumor).

+ XN hóa mô MD: (+) Ki67.

**Kết luận.** Xuất huyết tiêu hóa do UTDD/dạ dày đôi là bệnh lý hiếm gặp. Đây là trường hợp dạ dày đôi có sự liên thông giữa dạ dày và nang dạ dày đôi ung thư hóa (Tubular cyst), tổn

thương được xác định qua chụp CLVT, nội soi dạ dày và tổn thương trong mổ nang hình ống có thành liên tục với thành dạ dày, có biểu mô lót và cơ bao phủ, tổn thương giải phẫu bệnh (hóa mô miễn dịch) là u xơ cơ viêm, 1 dạng ung thư hiếm gặp ở bệnh nhân dạ dày đôi ung thư hóa (dạng hay gặp là adenocarcinome).

**IV. BÀN LUẬN**

+ Dị dạng đường tiêu hóa đôi là một bất thường bẩm sinh đường tiêu hóa với tỷ lệ 1/4500 trẻ mới sinh. Có 2 dạng ruột đôi là dạng hình ống (tubular) và dạng hình túi (Cyst) trong đó dạng hình ống là dạng lòng ống tiêu hóa có thông thường với ruột đôi bất thường còn dạng ruột đôi hình túi không có thông thường. Đa phần dị dạng ruột đôi được phát hiện trong năm đầu tiên sau đẻ và khoảng 70,0% dị dạng này được chẩn đoán trước 12 tuổi. Bất thường có tỷ lệ nam > nữ. Tỷ lệ bất thường cao nhất xảy ra với hồi tràng (35%), Dạ dày đôi chiếm tỷ lệ thấp từ 2-9%. Mặc dù có tỷ lệ thấp nhưng UTDD vẫn xuất hiện trên ruột dạ dày đôi (gastric duplication cyst: GDS). Các báo cáo cho tới nay (báo cáo bằng tiếng anh) có 11 ca UTDD trên dạ dày đôi được ghi nhận. Bởi vậy chúng tôi báo cáo ca bệnh ung thư dạ dày xuất hiện trên dạ dày đôi xảy ra trên BN nữ trong bệnh cảnh XHTH.[1],[3].

**Bảng 1: Đặc điểm các ca Adenocarcinome xuất hiện trên GDC (11 ca) [3]**

Tác giả	Tuổi, giới (BN)	Triệu chứng LS	Vị trí U	Kích thước U	Nhận xét
Yamasaki et al, 2016	42, nữ	không có triệu chứng LS	Cạnh bờ cong lớn (BCL) DD.	10,0-9,5-8 dạng túi	Sau PT triệt căn 2 tháng xuất hiện di căn, hóa chất (HC) uống (TS1), TV sau 2 tháng
Lu et al, 2014	28, male	Không có	U dính vào thân vị	10-10cm	U đã vỡ khi mổ, adenocarcinome di căn (M) phúc mạc sau 7 tháng
Kang et al 20-14	52, male	Đau bụng	Phúc mạc	U dạng túi, 4-3-3cm	Cắt u, AC ở túi ruột đôi.
Blank et al 2012,	51, male	Không có	Mạc treo hồi tràng	4-10cm	Cắt đoạn ruột: GPB: AC kém BH.
Zheng and Jing 2012	25, male	Không có	BCL dạ dày		Cắt TBDD, vét hạch. (BN trẻ nhất)
Jang et al, 2011	76, male	Tự sờ thấy u	Phình vị lớn	4-4 cm	Chẩn đoán trước mổ GIST, cắt u
Fukumoto et al	50, male	Nôn nhiều, hẹp môn vị	2 khối ở phình vị lớn và hành tá tràng	2 cm và 3 cm	AC ở dạ dày đôi, DPC sau 9 ngày, TV sau 14 tháng
Kurauka et al (2004)	40, male	Sốt, đau lưng	U giữa lách-DD	7cm	U dạng ống, diện cắt xuất hiện AC 1 tháng sau cắt u
Coit and Mies, 1992	72, female	Không có	Phình vị lớn	3,2 cm	Cắt bán phần dạ dày triệt căn
Mayo et al, 1955	64, female	Chán ăn, khó chịu	hang vị	6cm	Cắt DD bán phần

Dạ dày đôi (GDC) chiếm 2-10% tổng số dị dạng đôi đường tiêu hóa trong đó 80,0% là dạng túi không có thông thương giữa phần dị dạng và dạ dày. Các GDC ung thư hóa xảy ra với tỷ lệ Nam > Nữ (8 vs 3). Phần lớn các GDC là nang đơn độc, tuy nhiên dạ dày đôi đa nang có được báo cáo. Các nang dạ dày đôi là nang thật (true cyst), được lót niêm mạc và cơ phía ngoài. Tuy nhiên niêm mạc có thể được lót bằng tổ chức tụy lạc chỗ hoặc biểu mô đường tiêu hóa. GDC xuất hiện điển hình ở BCL dạ dày. Bệnh nguyên của ruột đôi được bàn cãi nhiều tuy nhiên hợp lý nhất và được công nhận rộng rãi là sự lạc chỗ của quá trình hình thành và hợp nhất các ống. Kim và CS đề xuất các GDC xuất phát từ sự hợp nhất các nếp dọc (longitudinal folds) cho phép chuyển qua các cầu dưới niêm mạc và cơ ở tháng thứ 2 và tháng thứ 3 của thai nghén.

Adenocarcinome là tổn thương gặp với tỷ lệ cao nhất ở dạ dày đôi tuy nhiên ung thư thần kinh nội tiết và ung thư biểu mô vảy đã được báo cáo (Squamous cell carcinoma).

### **Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng của đường tiêu hóa đôi[3][4]**

TT	Triệu chứng lâm sàng ở người lớn	Triệu chứng LS trẻ em
1	Ko triệu chứng, mơ hồ, đau bụng cấp tính	Ko triệu chứng hoặc sờ thấy mass ổ bụng
2	Sờ thấy mass ổ bụng	Chảy máu
3	Đau bụng mạn tính	Chướng bụng
4	Các triệu chứng viêm túi thừa cấp tính	Táo bón
5	Chảy máu	Nôn
6	Phát hiện khi Autopsy	Ngất
7	Phát hiện khi mở bụng	Phát hiện khi mổ Autopsy
8	Triệu chứng của viêm tụy cấp (VTC) hoặc giống nang giả tụy.	Khi mở bụng

- Tiêu chuẩn chính chẩn đoán dạ dày đôi.[1,3,4]  
 + Thành nang dạ dày đôi liền với thành dạ dày.  
 + Nang được bao phủ = cơ trơn liên tục với cơ trơn dạ dày.  
 + Nang được bao phủ bởi biểu mô dạ dày hay niêm mạc ruột.  
 + BN của chúng tôi có biểu hiện lâm sàng nôn máu, ỉa phân đen số lượng nhiều, đau bụng, gầy sút, khám thấy mass dưới sườn trái.

Chụp CLVT không chẩn đoán được GDC tuy nhiên kết quả cho thấy có 1 ổ dịch-khí bên cạnh phình vị lớn KT 73-88 mm thông với dạ dày (mặt liên tục đoạn thành dạ dày chỗ liên thông), mặt khác trong tổn thương có khí, như vậy sự liên thông giữa DD-Nang rõ ràng. Điều này được

khẳng định qua NSDD có đường thông 3 cm với nang dịch cạnh bờ cong lớn.

Tổn thương trong mổ nang cạnh BCL này liên tục với thành dạ dày, có phủ biểu mô nhẵn, thành nang dày (có lớp cơ phủ ngoài), phần ung thư hóa xâm lấn lách, thân, đuôi tụy, đại tràng trái và tổn thương gây XHTH lên tới phình vị lớn sát tâm vị BN này đã được cắt TBDD, lách, thân, đuôi tụy, cơ hoành trái. Như vậy chẩn đoán trong và sau mổ cũng như GPB là GDC rõ ràng. Kết quả GPB cũng cho thấy đây là u xơ cơ viêm hiếm, là 1 dạng tổn thương ác tính. BN này được hội chẩn quốc tế xác nhận về PT triệt căn và chỉ cần theo dõi, chưa cần điều trị hóa chất.

Vị trí u chúng tôi nhận thấy là vùng BCL, tâm, phình vị là vùng hay xảy ra bất thường dạ dày đôi. Thống kê ở bảng 1 cho thấy có tới 7/11 trường hợp ung thư xuất hiện ở vùng phần cao thân vị, BCL, phình vị lớn. Mặt khác GPB của dạ dày đôi ung thư hóa ở vùng này chủ yếu là AC. Chưa thấy trong y văn (tiếng anh) có tổn thương xơ cơ viêm.

### **V. KẾT LUẬN**

Xuất huyết tiêu hóa do UTDD/dạ dày đôi là bệnh lý hiếm gặp. Đây là trường hợp dạ dày đôi có sự liên thông giữa dạ dày và nang dạ dày đôi ung thư hóa (Tubular cyst), tổn thương được xác định qua chụp CLVT, nội soi dạ dày và tổn thương dạng túi có thành liên tục với thành dạ dày, có biểu mô lót và cơ bao phủ, tổn thương GPB là u xơ cơ viêm, 1 dạng ung thư hiếm gặp ở bệnh nhân GDC, dạng hay gặp là adenocarcinome.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Diaz, Juan Carlos et al:** Gastric duplication cyst in adult patient: Case report and literature review. Rev.colomb. Cir 2021, 36(4) 719-725.
- Hideki Izumi et al:** Successful laparoscopic resection for gastric duplication cyst: A case report. Journal Medical Case Reports Volume 13, article number 240(2019).
- Maheeba Abdulla Mohamed, Abdula Mahmood Al Saeed, Safa Ameer Alshaikh, Umesh J Nabar.** Adenocarcinoma arising from a gastric duplication cyst: a case report and literature review. International Medical Case Reports Journal 2017: 10 367-372.
- Mohamed Ben Amar et al:** Duplication cyst and diverticulum of stomach: a case report of unusual association. Clinical Case Report, 10 (2) 2022.
- Roy Liu, Douglas G. Adler:** Duplication cyst: diagnosis, management and the role of endoscopic ultrasound. Endosc ultrasound. 2014 Jul-Sep; 3(3): 152-160.
- Yang Li et al:** Clinical features of gastric duplications: Evidence from primary case reports and published data. Orphanet Journal of Rare Diseases 16,368 (2021).