

**BÁO CÁO CA LÂM SÀNG  
MỘT TRƯỜNG HỢP U DƯỚI NIÊM HÀNH TÁ TRÀNG  
DO QUÁ PHÁT TUYẾN BRUNNER**

*Nguyễn Cao Nhật Linh<sup>1\*</sup>, Huỳnh Hiếu Tâm<sup>2</sup>*

*1. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: ncnlinh.bv@ctump.edu.vn*

*Ngày nhận bài: 09/10/2023*

*Ngày phản biện: 15/10/2023*

*Ngày duyệt đăng: 06/11/2023*

**TÓM TẮT**

Tuyến Brunner là tuyến ngoại tiết nằm ở lớp dưới niêm mạc của tá tràng. Quá phát tuyến Brunner là một tổn thương hiếm gặp và lành tính của tá tràng được mô tả lần đầu tiên vào năm 1835. Đa số bệnh nhân bị quá phát tuyến Brunner thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ qua nội soi tiêu hóa với hình ảnh u dưới niêm. Quá phát tuyến Brunner có thể được điều trị cắt tại chỗ qua nội soi hoặc phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện báo cáo một trường hợp vào tháng 7/2023, bệnh nhân nữ, 63 tuổi đến khám với tình trạng thường xuyên khó tiêu, ăn kém và đau bụng. Sau khi được chỉ định nội soi tiêu hóa trên phát hiện có một khối u dưới niêm kích thước đường kính khoảng 18mm. Chúng tôi tiến hành nội soi can thiệp cắt u dưới niêm, cầm máu và khẹp miệng vết cắt bằng kẹp clip qua nội soi thành công. Sinh thiết làm giải phẫu bệnh khối u dưới niêm cho kết quả quá phát tuyến Brunner (hamartoma).

**Từ khóa:** U dưới niêm mạc, quá phát tuyến Brunner, nội soi can thiệp.

**ABSTRACT**

**A CASE OF SUBMUCOSAL TUMOR IN THE DUODENAL BULB IS  
REPORTED DUE TO BRUNNER'S GLAND HYPERPLASIA**

*Nguyen Cao Nhat Linh<sup>1\*</sup>, Huynh Hieu Tam<sup>2</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital*

*2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

Brunner's glands are the exocrine glands located in the submucosa of the duodenum. Brunner's gland hyperplasia is a rare and benign lesion of the duodenum that was first described in 1835. Most Brunner's gland hyperplasia patients are asymptomatic and are discovered incidentally through the endoscopy with the image of submucosal tumors. Brunner's gland hyperplasia can be treated by local endoscopic resection or surgery. We reported a case in July 2023, a 63-year-old female patient came to the clinic with frequent indigestion, poor appetite and abdominal pain. After being indicated for upper gastrointestinal endoscopy, a submucosal tumor, which is about 18mm in diameter, was detected. We successfully performed endoscopic intervention to cut the submucosal tumor, stop the bleeding and close the cut with the clips. Biopsy of submucosal tumor showed the result of Brunner's gland hyperplasia (hamartoma).

**Keywords:** Submucosal tumor, Brunner's gland hyperplasia, endoscopic intervention.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

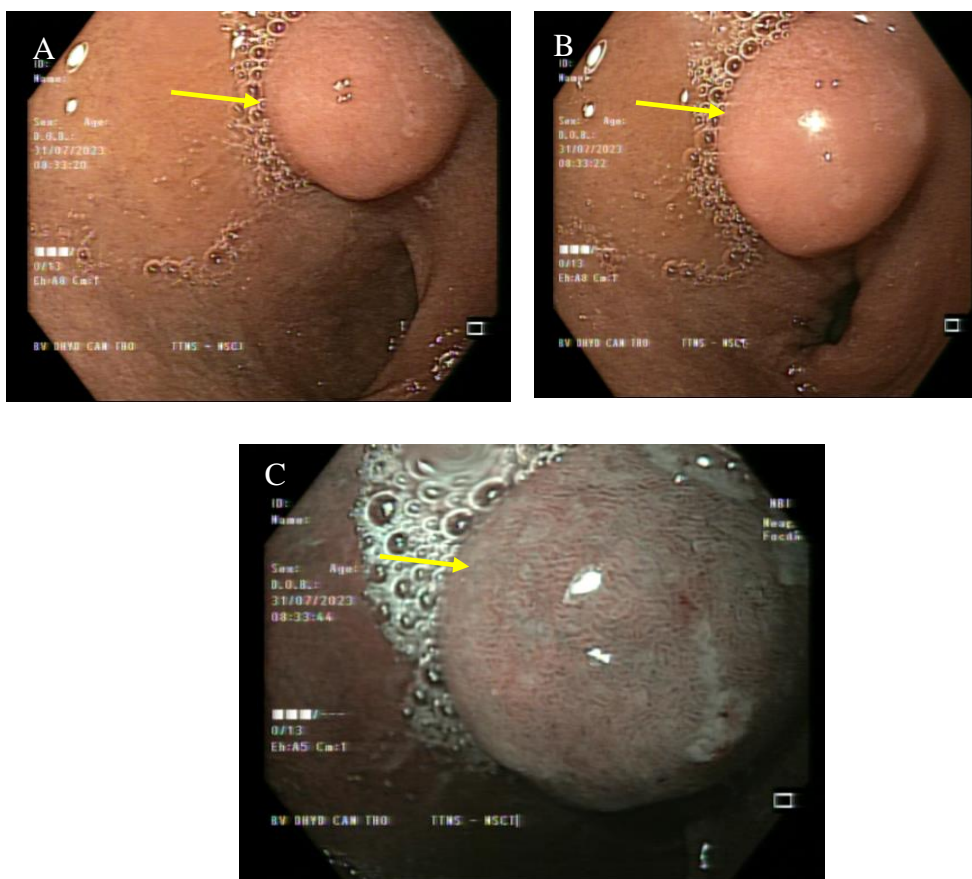
Tuyến Brunner là tuyến ngoại tiết nằm ở lớp dưới niêm mạc của tá tràng. Quá phát tuyến Brunner (BGH) là một tổn thương hiếm gặp và lành tính của tá tràng được mô tả lần đầu tiên vào năm 1835. Còn được gọi bằng thuật ngữ khác như Adenoma/Hamartoma tuyến

Brunner hoặc Brunneroma. Quá phát tuyến Brunner rất hiếm được mô tả trong y văn với chỉ dưới 200 trường hợp được báo cáo. Chúng tôi báo cáo một trường hợp đến khám vì ăn không tiêu và đau bụng vùng thượng vị, nội soi tiêu hóa trên phát hiện một khối u dưới niêm ở hành tá tràng.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

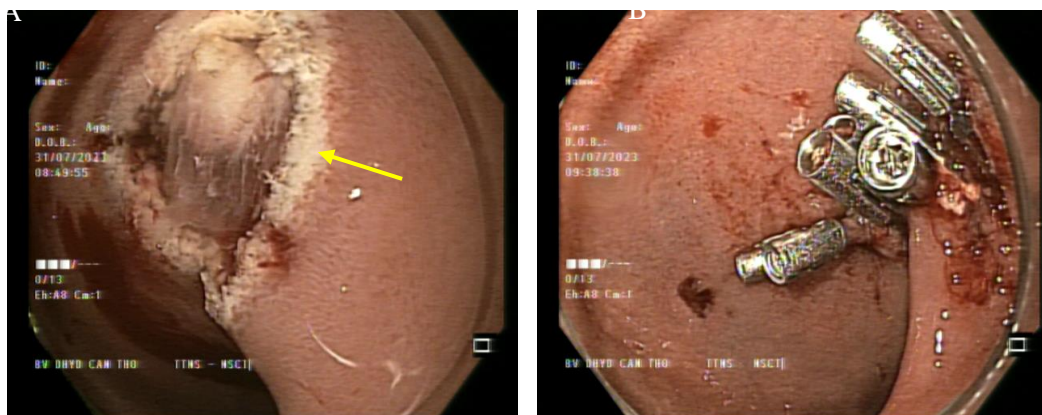
Thời gian thực hiện: Tháng 07/2023.

Bệnh nhân nữ, 63 tuổi, đến khám và nhập viện vì tình trạng khoảng 1 tháng nay thường xuyên khó tiêu, ăn kém và đau bụng thượng vị. Xét nghiệm: Bạch cầu  $10400/\text{mm}^3$ , Neutrophil 84,4%, Hemoglobin 14,1g/dL, Hematocrit 44,2%, Tiểu cầu  $306000/\text{mm}^3$ , PT 86%, aPTT 28,6s, INR 1,11, Creatinin 69,1  $\mu\text{mol/L}$ . Nội soi tiêu hóa trên cho kết quả: Một khối u dưới niêm ở hành tá tràng kích thước D#18mm, bề mặt trơn láng, dùng kiềm sinh thiết ấn vào khối u thấy di động (Hình 1). Sử dụng chế độ NBI cho hình ảnh phân bố mạch máu đều đặn dự báo khối u lành tính

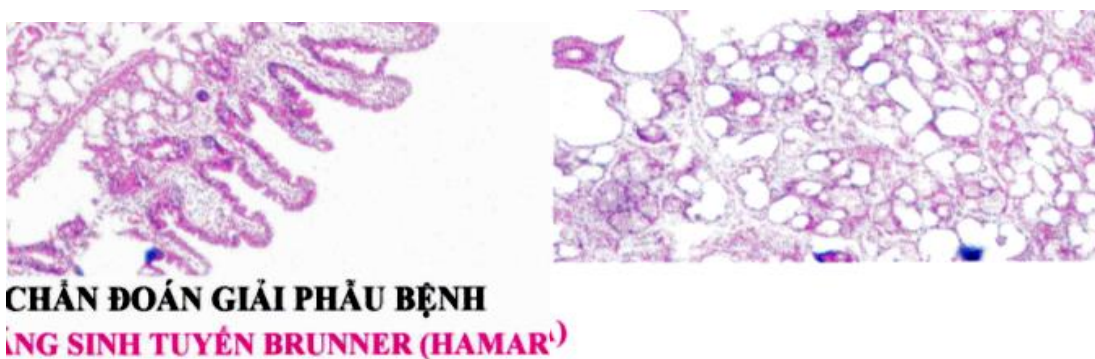


Hình 1. [A], [B] Hình ảnh nội soi cho khối u dưới niêm ở hành tá tràng D#18mm di động; [C] Hình ảnh u dưới niêm qua nội soi dải tần hẹp NBI (mũi tên).  
(NBI: Narrow-Band Imaging)

Bệnh nhân được tư vấn cắt khối u dưới niêm qua nội soi và kẹp clip để khép miệng vết cắt và cầm máu (Hình 2). Sau đó bệnh nhân được nhập viện theo dõi tình trạng chảy máu và nhiễm trùng sau thủ thuật. Sau 1 ngày nằm viện theo dõi, bệnh nhân không có biến chứng xảy ra và được xuất viện.



Hình 2. [A] Hình ảnh vết cắt gọn sau khi khối U dưới niêm được cắt qua nội soi (mũi tên); [B] Hình ảnh sau khi vết cắt được khép lại bằng kẹp clip, không chảy máu sau khi can thiệp.



Hình 3. Hình ảnh giải phẫu bệnh tăng sinh tuyến Brunner (Hamartoma), tăng sinh các thùy của tuyến Brunner, một số tuyến bị giãn dạng nang.

### III. BÀN LUẬN

Tuyến Brunner là những tuyến ống nhỏ nằm ở lớp dưới niêm tá tràng. Tuyến Brunner thường tập trung nhiều ở đoạn đầu của tá tràng (hành tá tràng) và giảm mật độ khi xuống các đoạn sau. Một trong những chức năng chính là bài tiết chất nhầy (mucin), một chất lỏng tính kiềm bảo vệ tá tràng khỏi các chất acid từ dạ dày [1].

Quá phát tuyến Brunner (còn được gọi là adenoma/hamartoma) là một tổn thương hiếm gặp ở tá tràng. Một báo cáo trên 25000 ca nội soi tiêu hóa trên thì tỉ lệ polyp tá tràng chỉ 1,5% số ca và trong số đó, quá phát tuyến Brunner (Brunner's gland hyperplasia – BGH) chiếm 6,9%. Một báo cáo chòm ca bệnh được thực hiện bởi Levin và cộng sự, tuổi trung bình bệnh nhân mắc BGH là 56 tuổi với tỉ lệ nam: nữ là 4:5 [2].

Quá phát tuyến Brunner thường gặp ở đoạn gần của tá tràng, nơi tập trung nhiều tuyến Brunner bình thường, với 70% ở hành tá tràng, 26% ở D2 tá tràng và 4% ở D3 tá tràng. Phần lớn là tổn thương có cuống (88%) và đường kính trung bình 1-2cm, mặc dù có thể gặp khối u lớn hơn (10cm) [2].

Cơ chế bệnh sinh của BGH không rõ ràng nhưng nhiều giả thuyết được đưa ra. Giả thuyết chính cho rằng, chức năng của các tuyến Brunner là tiết ra các chất trung hòa acid từ dạ dày, sự tăng tiết acid có thể kích thích các cấu trúc này phát triển quá mức nhưng không thể hồi phục khi được ức chế tiết acid [3]. Một số giả thuyết cho rằng nhiễm *H. pylori* có thể có vai trò, do nó được tìm thấy ở 71% bệnh nhân BGH. Tuy nhiên tổn thương này rất hiếm gặp và tỉ lệ nhiễm *H.pylori* rất cao nên không cho phép kết luận. Một giả thuyết khác được đưa ra là BGH có thể do các tuyến bị viêm hoặc thứ phát sau suy tụy ngoại tiết [4].

Đa số bệnh nhân bị BGH không có triệu chứng. Tuy nhiên, bệnh nhân có thể than phiền các triệu chứng như khó tiêu, đau bụng, triệu chứng tắc nghẽn như nôn ói sau ăn và sụt cân, hoặc xuất huyết tiêu hóa, hiếm gặp hơn là tắc bóng Vater, viêm tụy cấp và lồng ruột. BGH rất khó chẩn đoán và thường phân biệt với các polyp tuyến, u cơ trơn/sarcoma cơ trơn, các u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) hoặc các khối u tụy [5]. Vài y văn báo cáo một số trường hợp BGH kích thích sinh ung thư biểu mô vùng tá-tụy làm cho các khối u vùng này bị điều trị quá mức [6], [7].

BGH thường được phát hiện tình cờ qua nội soi tiêu hóa. Dấu hiệu trên nội soi điển hình là sự nhô lên của niêm mạc hoặc là các polyp. Tuy nhiên, sinh thiết các khối u tá tràng thường có giá trị thấp. Theo các tài liệu y văn, nhiều trường hợp chẩn đoán không chính xác từ sinh thiết - khoảng cách giữa mô lành tính và ung thư biểu mô tuyến biệt hóa tốt. Một phần do các tuyến Brunner nằm ở lớp dưới niêm, và sinh thiết niêm mạc qua nội soi thường không đủ sâu để chẩn đoán [5], [6], [7], [8], [9].

Chẩn đoán xác định đòi hỏi phải chẩn đoán mô học khối u đã cắt thường được cắt trọn hoặc sinh thiết qua nội soi. CTscan và Nội soi siêu âm (EUS) có thể được dùng để xác định kích thước, vị trí và mức độ xâm lấn ra xung quanh [5].

Điều trị BGH gồm cắt khối u qua nội soi, nội soi ổ bụng hoặc mổ bụng phẫu thuật. Nội soi tiêu hóa trên với cắt khối u qua nội soi được xem là phương pháp điều trị lý tưởng vì phương pháp này ít xâm lấn, ít tốn kém chi phí và có thể xuất viện trong ngày. Một vài trường hợp cắt khối u qua nội soi đã được báo cáo tuy nhiên mức độ thành công phụ thuộc vào vị trí, kích thước của khối tăng sinh tuyến Brunner và biểu hiện lâm sàng. Một số ít ca được báo cáo phẫu thuật thành công qua nội soi ổ bụng. Mổ bụng phẫu thuật chỉ dành cho các khối u lớn và không cuống, thất bại với điều trị nội soi và thường rất hiếm ở những bệnh nhân huyết động không ổn định do chảy máu tiêu hóa do quá phát tuyến Brunner. Một số bệnh nhân hiếm gặp phải cắt khối tá tụy [10], [11].

Trong case lâm sàng của chúng tôi, khối u dưới niêm được phát hiện ở hành tá tràng có vị trí thuận lợi, kích thước trung bình (D#18mm), bệnh nhân không có bệnh lý nền và tình trạng đông cầm máu ổn định nên can thiệp cắt khối u dưới niêm qua nội soi là phương pháp điều trị được ưu tiên. Sau nội soi can thiệp bệnh nhân được nhập viện theo dõi, không có biến chứng chảy máu hay nhiễm trùng xảy ra. Giải phẫu bệnh sau đó cho kết quả tăng sinh tuyến Brunner.

#### IV. KẾT LUẬN

Quá phát tuyến Brunner là một tổn thương hiếm gặp ở tá tràng. Nội soi tiêu hóa và can thiệp cắt khối u là phương pháp lý tưởng để chẩn đoán và điều trị tổn thương này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert D. Odze and John R. Goldblum. *Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract, and Pancreas*. Saunders Elsevier. Philadelphia. 2009. 2.
  2. Levine J.A, Burgart L.J, Batts K.P and Wang K.K. Brunner's gland hamartomas: Clinical presentation and pathological features of 27 cases. *American Journal of Gastroenterology*. 1995. 90(2), 290-294.
  3. Spellberg MA and Vucelic B. A case of Brunner's glands hyperplasia with diarrhea responsive to cimetidine. *Am J Gastroenterol*. 1980. 73 (6), 519-522.
  4. Kovacevic I, Ljubicic N, Cupic H, Doko M, Zovak M and et al. Helicobacter pylori infection in patients with Brunner's gland adenoma. *Acta Med Croatica*. 2001. 55(4-5), 157-160.
  5. Andrea Peloso, Jacopo Vigano, Alessandro Vanoli, Tommaso Dominiononi, Sandro Zont and et al. Saving from unnecessary pancreaticoduodenectomy. Brunner's gland hamartoma: Case report on a rare duodenal lesion and exhaustive literature review. *Annals of Medicine and Surgery*. 2017. 17, 43-49, DOI: 10.1016/j.amsu.2017.03.034.
  6. Domenico Iusco, Luigi Roncoroni, Vincenzo Violi, Enrico Donadei and Leopoldo Sarli. Brunner's gland hamartoma: 'over-treatment' of a voluminous mass simulating a malignancy of the pancreatic-duodenal area. *Journal of the Pancreas*. 2005. 6(4), 348-353.
  7. Reisner R.M and Nava H.R. Large Brunner's gland hamartoma simulating a pancreatic mass with obstruction and bleeding. *Surg Endosc*. 1996. 10(3), 341-343, DOI: 10.1007/BF00187387.
  8. Monica Arena, Stefania Rossi, Elisabetta Morandi, Benedetto Mangiavillano and Paolo Franchi. Brunner's glands hyperplasia: Diagnosis with EUS-FNA for suspected pancreatic tumor involving the duodenum. *Journal of the Pancreas*. 2012. 13 (6), 684-686, DOI: 10.6092/1590-8577/970.
  9. Dhouha B, Ahlem L, Sana B.S., Saadia B and Sabeih M.R. Unexpected cause for duodenal obstruction: Brunner's gland hyperplasia. *Pathologica*. 2017. 109(4), 414-417.
  10. Jonathan McCafferty, Ashraf Tokhi, Sujith Krishnamoorthy and Girish Pandeb. Case report of Brunner's gland hyperplasia: A rare "mimic" of malignant pathology. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2021. 81, DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.105827.
  11. Costa-Pinho A, Pinto-de-Sousa J, Baptista M, Rios E, Moura CS and et al. Brunner's gland hyperplasia: an unusual cause of hemorrhagic shock. *J Surg Case Rep*. 2011. 5, 1-5, DOI: 10.1093/jscr/2011.5.2.
-