

## TÚI THỪA THỰC QUẢN TRÊN HOÀNH BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Trần Thành Tuấn\*, Dương Diệp Thiên Phú, Lâm Hoàng Huân  
Nguyễn Văn Tuấn, Phạm Văn Năng

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email\*: tranthanhtuan632994@gmail.com

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Túi thừa thực quản trên hoành là bệnh hiếm gặp gây ra các triệu chứng ở thực quản, chẳng hạn như khó nuốt, trào ngược và đau ngực. Cơ chế bệnh sinh của chúng được coi là thứ phát sau rối loạn nhu động thực quản và có liên quan đến sự yếu bẩm sinh của thành thực quản. Tỷ lệ mắc bệnh chính xác chưa được biết nhưng tỉ lệ hiện mắc có thể thay đổi từ 0,06 đến 4%. Hiện nay nhiều phương pháp điều trị được đặt ra nhằm giảm bớt các triệu chứng của bệnh nhân và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ. **Báo cáo ca lâm sàng:** Một trường hợp túi thừa thực quản trên cơ hoành được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi thừa. Các triệu chứng, chẩn đoán và các lựa chọn phương pháp điều trị được thảo luận. **Bàn luận:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là có túi thừa thực quản trên cơ hoành nên trải qua một thử nghiệm điều trị bảo tồn. Nếu đáp ứng kém thì phẫu thuật nội soi cắt túi thừa là phương pháp được lựa chọn để điều trị tổn thương này.

**Từ khóa:** Túi thừa thực quản trên hoành, phẫu thuật nội soi cắt túi thừa.

### ABSTRACT

#### EPIPHRENIC ESOPHAGEAL DIVERTICULUM A CASE REPORT

Tran Thanh Tuan\*, Duong Diep Thien Phu, Lam Hoang Huan  
Nguyen Van Tuan, Pham Van Nang

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Epiphrenic esophageal diverticula are rare conditions that cause esophageal symptoms, such as dysphagia, regurgitation, and chest pain. Their pathogenesis is considered to be secondary to esophageal motility disorders and is associated with congenital weakness of the esophageal wall. The exact incidence is unknown but prevalence may vary from 0.06 to 4%. Many treatments are now in place to alleviate a patient's symptoms and improve their quality of life. **Case report:** A case of epiphrenic diverticulum was diagnosed and treated with laparoscopic diverticulectomy. Symptoms, diagnosis and treatment options are discussed. **Discussion:** All patients diagnosed as having an epiphrenic esophageal diverticulum should undergo a trial of conservative treatment. If the response is poor then laparoscopic diverticulectomy is the treatment of choice for this lesion.

**Keywords:** Epiphrenic diverticulum, laparoscopic diverticulectomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh túi thừa thực quản là một tình trạng hiếm gặp gây ra chứng khó nuốt, nôn trớ và đau ngực khi chúng tiến triển. Chúng được phân loại theo vị trí và sinh lý bệnh đặc trưng thành ba loại: Túi thừa trên cơ hoành, túi thừa Zenker, và túi thừa Rokitansky [7].

Túi thừa thực quản trên hoành là một túi nhô ra ngoài của lòng thực quản thường nằm ở phần xa của thực quản. Nó thường được nhìn thấy từ thành sau bên phải. Về mặt mô học, chúng xuất hiện dưới dạng túi thừa giả thiếu lớp cơ. Cơ chế bệnh sinh của chúng được coi là thứ phát sau rối loạn nhu động thực quản và có liên quan đến sự yếu bẩm sinh của thành thực quản. Túi thừa thực quản trên hoành là một thể hiếm gặp. Tỷ lệ mắc bệnh chính xác chưa được biết nhưng tỉ lệ hiện mắc có thể thay đổi từ 0,06 đến 4% [1]

Túi thừa Zenker (ZD) còn được gọi là túi thực quản hầu họng hoặc túi hầu họng. ZD là một túi thừa dạng đầy nằm ở thực quản hầu họng, là một tình trạng hiếm gặp với tỉ lệ mắc hàng năm là 2 trên 100.000 người lớn. Sự khác biệt về địa lý trong tỉ lệ mắc bệnh đã được quan sát với tỉ lệ mắc bệnh ở Châu Á thấp hơn đáng kể so với các nước phương Tây. Nó xảy ra chủ yếu ở nam giới và phổ biến nhất trong thập niên bảy mươi và tám mươi của cuộc đời [6], [7].

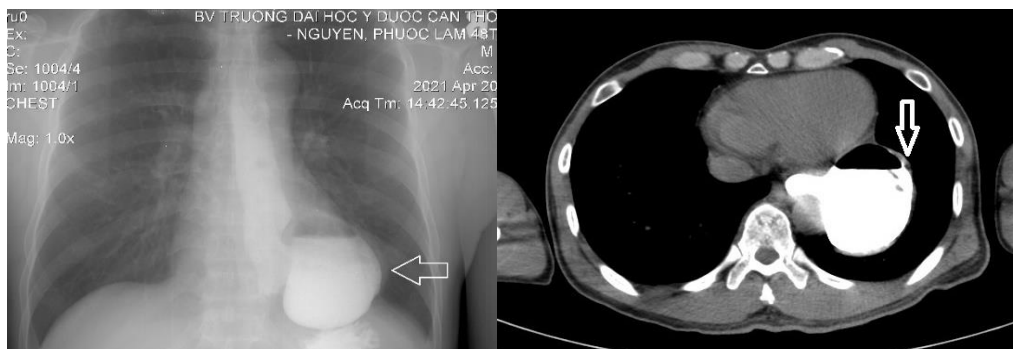
Túi thừa Rokitansky [9] thường xảy ra ở thực quản đoạn giữa. Chúng được hình thành do sự co lại của lớp màng đệm do tình trạng viêm mãn tính và xơ hóa kéo thành thực quản ra ngoài; do đó, chúng liên quan đến toàn bộ thành của thực quản (túi thừa thực sự). Đỉnh của túi thừa thường nằm ở điểm cao hơn điểm vào của nó; do đó, nó hiếm khi đạt được kích thước đáng kể hoặc gây ra bất kỳ triệu chứng nào. Mọi liên quan của chúng với bệnh lao phổi được đặc trưng rõ ràng. Các trường hợp lao phổi không được kiểm soát là rất hiếm trong thời đại hiện nay; do đó, túi thừa Rokitansky biểu hiện với các vấn đề lâm sàng thậm chí còn hiếm hơn.

Những bệnh nhân phát triển túi thừa trên hoành có thể phát hiện trong nhiều tình huống khác nhau và với các triệu chứng khác nhau, tùy thuộc vào kích thước của túi thừa cũng như rối loạn nhu động cơ bản. Những người có một túi nhỏ và không có rối loạn nhu động liên quan có thể không có triệu chứng, và túi thừa chỉ được phát hiện một cách tình cờ; tuy nhiên, những bệnh nhân có túi thừa lớn hơn hoặc những người có rối loạn nhu động đồng thời có thể xuất hiện với các triệu chứng tồi tệ hơn của chứng khó nuốt và nôn trớ (hai triệu chứng phổ biến nhất). Các triệu chứng khác bao gồm đau ngực, ợ chua, ho về đêm và hen suyễn. Các triệu chứng đáng lo ngại bao gồm giảm cân, viêm phổi hít, nôn trớ, tiêu phân đen và đau đầu. Chúng có thể là dấu hiệu của một sự chuyển đổi ác tính thành ung thư biểu mô thực quản. Khi túi thừa phát triển về kích thước, các biến chứng có thể xảy ra như chảy máu, thủng túi thừa, có thể là chứng ợ nóng nghiêm trọng (thứ phát do ứ trệ) hoặc chèn ép các cấu trúc lân cận (thực quản, phổi và tim) [4]

Mặc dù phẫu thuật cắt bỏ túi thừa theo truyền thống được coi là lựa chọn điều trị triệt để nhất [3], [7], nhưng giải phẫu thực quản đặt ra một số thách thức đối với phẫu thuật, đặc biệt là khi túi thừa nằm càng gần về phía miệng. Một số vấn đề liên quan đến phẫu thuật bao gồm sự xâm lấn rộng rãi và nguy cơ xảy ra các biến cố bất lợi. Bản thân túi thừa thực quản không phải là ác tính; do đó, điều trị nội soi xâm lấn tối thiểu tránh phẫu thuật đang ngày càng có ưu thế. Mục đích chính của can thiệp cho túi thừa thực quản là làm giảm bớt các triệu chứng của bệnh nhân và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ. Phương pháp điều trị cho túi thừa Zenker gồm có: Cắt túi thừa, cố định túi thừa, đảo ngược túi thừa dưới gây mê toàn thân đã được báo cáo. Tuy nhiên, như đã đề cập ở trên, các triệu chứng của ZD thường xuất hiện trong thập niên thứ bảy và tám của cuộc đời, làm bệnh nhân suy nhược và dẫn đến tăng tỉ lệ bệnh tật và tử vong do phẫu thuật. Do đó, phương pháp nội soi xâm lấn tối thiểu đã trở nên phổ biến trong những năm gần đây [5]. Đối với túi thừa Rokitansky thường được lựa chọn các phương pháp điều trị tương tự như túi thừa trên cơ hoành. Các phương pháp điều trị túi thừa trên cơ hoành gồm có điều trị nội khoa bảo tồn, can thiệp qua nội soi và phẫu thuật cắt túi thừa [7], [8]. Chỉ định cổ điển cho phẫu thuật túi thừa trên hoành là sự phát triển liên tục của túi thừa, sự hiện diện của các triệu chứng và đồng thời có bệnh ác tính trong túi. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân có túi thừa thực quản trên hoành với triệu chứng bệnh điển hình, điều trị nội khoa nhiều đợt không giảm triệu chứng, được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi thừa.

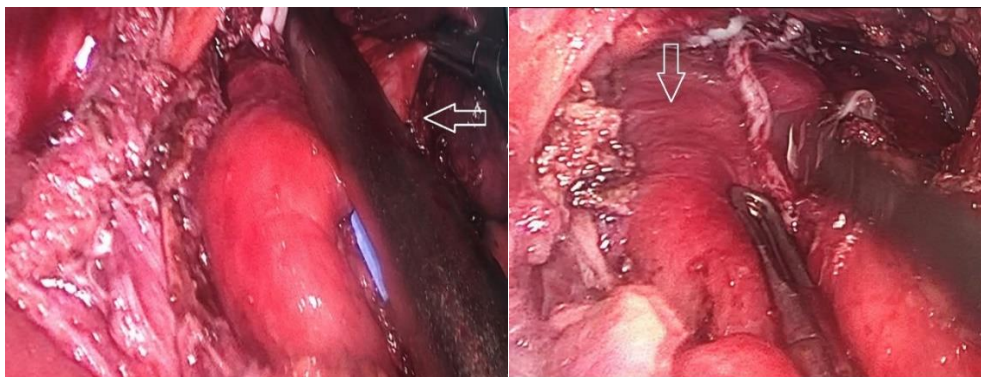
## II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 48 tuổi vào Bệnh Viện Đại Học Y Dược Cần Thơ, ngày 19/04/2021 vì khó nuốt, cách nhập viện khoảng 1 năm, bệnh nhân cảm thấy khó nuốt với thức ăn đặc, cảm giác khó chịu sau xương ức, thỉnh thoảng có ợ nóng và nôn ra thức ăn. Cách nhập viện # 3 tháng, bệnh nhân cảm giác nuốt nghẹn với thức ăn lỏng, nước, cảm giác khó tiêu, ợ hơi nhiều sau ăn, đôi khi có ho khan, sụt cân # 2-3 kg/năm. Không có yếu tố tăng nặng hoặc giảm nhẹ cụ thể, khám sức khỏe không phát hiện bất thường. Chỉ số BMI của bệnh nhân trong giới hạn bình thường. Khi khám, thấy bụng mềm nhưng có cảm giác đau vừa phải ở thượng vị. Điện tâm đồ, siêu âm tim và chụp X-quang phổi của bệnh nhân đều bình thường. Vì vậy, các nguyên nhân tim và phổi đã được loại trừ. Các xét nghiệm của bệnh nhân bao gồm xét nghiệm máu thường quy, sinh hóa và siêu âm ổ bụng chưa ghi nhận bất thường. X-quang thực quản-dạ dày có uồng thuốc cản quang: túi thừa thực quản 1/3 dưới. MSCT ngực: Túi thừa thực quản 1/3 dưới, tổn thương mô kẽ và xơ đỉnh phổi (P) nghi tổn thương cũ



Hình 1: Túi thừa thực quản 1/3 dưới thực quản trên X-quang thực quản – dạ dày có cản quang, và trên MSCT ngực ( mũi tên trắng ).

Nhận xét: bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi thừa thực quản kèm điều trị trào ngược dạ dày thực quản. Phương pháp vô cảm: Mê nội khí quản. Tiến hành cắt túi thừa, chống trào ngược bằng phương pháp Dor. Phẫu tích cắt dọc tới cổ túi chỗ nối thực quản dạ dày có động mạch đường kính khoảng 3mm chạy ngang đè vào ống niêm mạc ngang vùng cổ túi thừa, xử trí cắt động mạch. Thời gian cuộc mổ khoảng 4 giờ, lượng máu mất khoảng 20ml. Không ghi nhận tai biến trong lúc mổ.



Hình 2: Túi thừa thực quản được cắt bằng Echelon 60 ngang cổ túi

Nhận xét: sau mổ ống sonde dạ dày, sonde tiểu được rút vào ngày hậu phẫu thứ nhất. Ngày hậu phẫu thứ ba, bệnh nhân được cho ăn thức ăn lỏng. Đau nhẹ đến ngày 3 sau mổ.

Tình trạng của bệnh nhân được cải thiện và các triệu chứng trước mổ giảm từ từ: Bệnh nhân nuốt dễ hơn, hết đau ngực, không trào ngược sau ăn.

#### IV. BÀN LUẬN

Hiện tại, tỉ lệ mắc của túi thừa thực quản kiểu đầy (túi thừa trên hoành và ZD) đang tăng lên, trong khi tỉ lệ của kiểu kéo (túi thừa Rokitansky) đang giảm xuống. Bệnh nhân mắc chứng co thắt tâm vị thường phát triển các túi thừa.

Tình trạng rối loạn nhu động kéo dài dẫn đến tăng kích thước túi thừa. Khi có sự gia tăng kích thước của túi thừa, sẽ có sự tích tụ của các mảnh thức ăn và nước bọt dẫn đến các biến chứng nhiễm trùng và cuối cùng dẫn đến sự gia tăng mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng. Mặc dù nội soi có thể giúp phát hiện sớm các túi thừa như vậy nhưng trong trường hợp túi thừa lớn và chứng khó nuốt là triệu chứng xuất hiện và chủ yếu thì chụp x-quang thực quản- dạ dày cản quang sẽ được ưu tiên hơn nội soi. Khả năng ác tính trong túi thừa lâu năm là rất cao, cần phải đánh giá nội soi kỹ lưỡng. Trong trường hợp bệnh lý ác tính được loại trừ, các nghiên cứu đo áp lực của thực quản là bắt buộc để loại trừ các rối loạn nhu động cơ bản.

Phần lớn các túi thừa có liên quan đến rối loạn nhu động, co thắt tâm vị, viêm xơ ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết quả phẫu thuật. Điều trị bảo tồn vẫn giữ một vị trí hừa hẹn trong điều trị túi thừa thực quản trên hoành. Ở những bệnh nhân có triệu chứng nhẹ với túi thừa kích thước nhỏ, thử nghiệm điều trị bảo tồn có thể làm thuyên giảm hoàn toàn các triệu chứng. Vì vậy, mọi trường hợp được chẩn đoán của túi thừa thực quản trên hoành nên điều trị bảo tồn, sau đó là quan sát mức độ thuyên giảm của các triệu chứng. Nếu các triệu chứng không thuyên giảm thì xem xét điều trị bằng phẫu thuật.

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi với những triệu chứng điển hình về lâm sàng, đã được điều trị nội khoa bảo tồn với thuốc ức chế bơm proton nhưng triệu chứng không thuyên giảm, kèm hình ảnh túi thoát vị kích thước lớn trên cận lâm sàng như x-quang thực quản – dạ dày, cắt lớp vi tính ngực, thì chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi thừa là hợp lý để tránh những diễn tiến xấu đã được trình bày ở trên nếu kéo dài không phẫu thuật. Đại thể túi thừa ở bệnh nhân này to, kích thước khoảng 5x6x5 cm, vùng cổ túi thừa ngang bờ dưới có động mạch đường kính khoảng 3mm, chạy ngang đè vào ống niêm mạc thực quản, theo chúng tôi đây có thể là nguyên nhân gây tăng áp lực phía trên. Các biến chứng sau mổ có thể có của phẫu thuật này là chảy máu (1/8 ca), xì rò đường kim bấm của stappler (1/8 ca) theo nghiên cứu của La'szlo' Andra'si [2]. Tuy nhiên, trên bệnh nhân này chưa ghi nhận biến chứng do phẫu thuật. Tình trạng của bệnh nhân được cải thiện và các triệu chứng trước mổ giảm một cách tự nhiên. Phẫu thuật nội soi cắt túi thừa thực quản là phương pháp đem lại hiệu quả cao, nhằm điều trị triệt để cũng như cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Tuy nhiên, để có cái nhìn toàn diện cũng như đánh giá chi tiết hơn về lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị của phương pháp này cần có những nghiên cứu sâu hơn với số mẫu đủ lớn và thời gian theo dõi đủ dài.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdollahimohammad A, Masinaeinezhad N, Firouzkouhi M (2014), Epiphrenic esophageal diverticula, *J Res Med Sci*, 19 (8), pp. 795-797.
2. András L, Paszt A, Simonka Z, Ábrahám S, et al (2018), Laparoscopic Surgery for Epiphrenic Esophageal Diverticulum, *Jsls*, 22 (2).
3. Barbieri L A, Parise P, Cossu A, Puccetti F, et al (2020), Treatment of Epiphrenic

- Diverticulum: How I Do It, *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 30 (6), pp. 653-658.
4. Bennett B, Akhondi H (2020). Epiphrenic Diverticula, *StatPearls*, StatPearls Publishing
  5. Bizzotto A, Iacopini F, Landi R, Costamagna G (2013), Zenker's diverticulum: exploring treatment options, *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 33 (4), pp. 219-229.
  6. Le Mouel J P, Fumery M (2017), Zenker's Diverticulum, *N Engl J Med*, 377 (22), pp. e31.
  7. Sato H, Takeuchi M, Hashimoto S, Mizuno K I, et al (2019), Esophageal diverticulum: New perspectives in the era of minimally invasive endoscopic treatment, *World J Gastroenterol*, 25 (12), pp. 1457-1464.
  8. Tedesco P, Fisichella P M, Way L W, Patti M G (2005), Cause and treatment of epiphrenic diverticula, *Am J Surg*, 190 (6), pp. 891-894.
  9. Yam J, Baldwin D, Ahmad S A (2021), Esophageal Diverticula, *StatPearls*, StatPearls Publishing  
(Ngày nhận bài: 18/5/2021 – Ngày duyệt đăng: 12/8/2021)
-