

Điều trị thủng đại tràng bằng kẹp clip qua nội soi: Báo cáo trường hợp lâm sàng

Endoscopic repair of colonoscopic perforation with clips: A case report

Trần Văn Hiền, Đào Đức Tiến

Bệnh viện Quân y 175

Tóm tắt

Thủng đại tràng là một biến chứng hiếm gặp nhưng nặng của nội soi đại trực tràng. Chẩn đoán và xử trí sớm là điều quan trọng để giảm mức độ nặng của biến chứng. Với sự tiến bộ của nội soi can thiệp, việc xử trí những lỗ thủng ban đầu qua nội soi có thể giúp tránh can thiệp phẫu thuật nặng nề. Chúng tôi trình bày một trường hợp bị thủng túi thừa đại tràng Sigma khi đang nội soi đại tràng, được điều trị bảo tồn thành công bằng nội soi can thiệp kẹp clip đóng lỗ thủng.

Từ khóa: Nội soi đại tràng, thủng đại tràng.

Summary

Although rare, colonic perforation is a serious complication of colonoscopy. Early diagnosis and management are important to decrease morbidity. With the advances of interventional endoscopy, endoscopic management of initial perforations can help avoid heavy surgical intervention. We present a case of perforated sigmoid diverticulum during colonoscopy, which was successful endoscopic closure of colon perforation with clips.

Keywords: Colonoscopy, colonic perforation.

1. Đặt vấn đề

Thủng đại tràng là biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của nội soi đại trực tràng chẩn đoán thường quy, đặc biệt tăng lên trong nội soi điều trị [1]. Phương pháp điều trị tối ưu cho lỗ thủng còn chưa thống nhất giữa phẫu thuật và điều trị can thiệp nội khoa bảo tồn, các nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả đóng lỗ thủng đại tràng bằng clip qua nội soi [5]. Chúng tôi giới thiệu một trường hợp lâm sàng thủng đại tràng Sigma khi nội soi đại trực tràng được điều trị hiệu quả bằng nội soi can thiệp đóng lỗ thủng bằng clip tại Bệnh viện Quân y 175.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nữ Dương Thị H. 71 tuổi, tiền sử đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp, nhập viện Khoa Nội

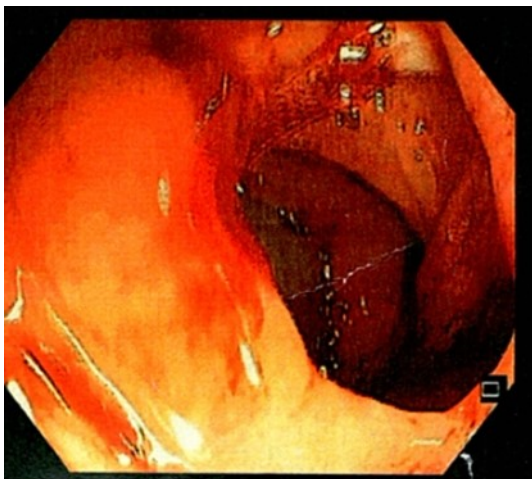
tiêu hóa/Bệnh viện Quân y 175 ngày 9/8/2022 vì phát hiện khối u gan chưa rõ bản chất. Bệnh nhân được chỉ định nội soi đại trực tràng tầm soát với quy trình thắt tháo làm sạch đại tràng chuẩn. Quá trình nội soi đại tràng Sigma khó khăn do có nhiều túi thừa đồng thời có góc cạnh gấp khúc. Sau 15 phút, qua nội soi nhìn thấy mạc nối lớn, rút ống nội soi phát hiện một lỗ thủng đại tràng Sigma thông từ túi thừa kích thước khoảng 2cm (Hình 1). Khám bụng chướng mức độ nhiều, gõ vang trống, ấn đau vùng hố chậu trái, tăng nhẹ trương lực cơ thành bụng, không có cảm ứng phúc mạc. *Nhận định:* Thủng túi thừa đại tràng Sigma sau nội soi đại tràng. *Xử trí:* Ngừng quá trình nội soi, hút hơi trong lòng đại tràng. Hội chẩn cấp cứu cùng chuyên khoa ngoại bụng; nhận thấy bệnh nhân được chuẩn bị nội soi đúng theo quy trình chuẩn trước nội soi do vậy lỗ thủng đại tràng “sạch” không gây viêm phúc mạc. Quyết định điều trị nội khoa bảo tồn: Đóng lỗ thủng đại tràng bằng kẹp 5 clip (Hình 2), chọc hút khí

Ngày nhận bài: 25/10/2022, *ngày chấp nhận đăng:* 29/11/2022

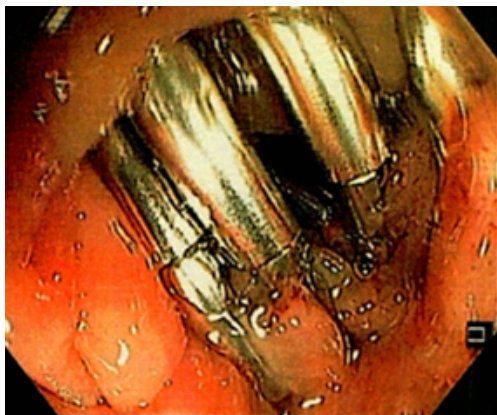
Người phản hồi: Trần Văn Hiền,

Email: drtranvanhieu175@gmail.com – Bệnh viện QY 175

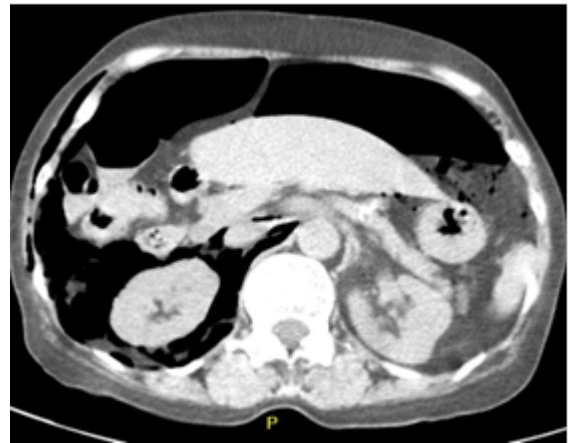
khoang phúc mạc qua thành bụng, kết hợp nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh (ceftriaxon 2g × 2 lần/ 24 giờ). Theo dõi sát tình trạng bệnh, ngoại trừ đau bụng nhẹ vùng hố chậu trái trong 24 giờ đầu tiên, không có dấu hiệu của viêm phúc mạc. Trên xét nghiệm biểu hiện tình trạng nhiễm trùng khu trú: Số lượng bạch cầu 13,1G/L; Neutro 87,8%, CRP 83,9mg/L, procalcitonin 0,22ng/ml; sau 24 giờ tình trạng nhiễm trùng được kiểm soát: Số lượng bạch cầu giảm xuống 6,8G/L; Neutro 69,3%, CRP 9,2mg/L. Chụp CT scan ổ bụng thấy khí tự do ổ bụng chủ yếu vùng bụng phải, khoang sau phúc mạc bên phải (Hình 3). Tình trạng khí trong ổ bụng giảm dần qua theo dõi trên X-quang bụng thẳng. Bệnh nhân được cho ăn bằng đường miệng vào ngày thứ 6 và Ổn định xuất viện sau 10 ngày điều trị, theo dõi tái khám sau 4 tuần, khí trong ổ bụng đã hấp thu hoàn toàn.



Hình 1. Lỗ thủng qua túi thừa đại tràng Sigma



Hình 2. Lỗ thủng đại tràng được đóng kín bằng 5 hemoclips



Hình 3. Hình ảnh tràn khí khoang phúc mạc trên CT scan ổ bụng



Hình 4. Hình ảnh hemoclip kẹp lỗ thủng đại tràng và liềm hơi dưới cơ hoành hai trên X-quang bụng thẳng



Hình 5. Hình ảnh X-quang bụng thẳng sau 1 tháng tái khám

3. Bàn luận

Nguy cơ biến chứng liên quan đến nội soi chẩn đoán và điều trị ngày càng tăng vì chiến lược phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng sớm mở rộng. Thủng đại tràng được định nghĩa là một khiếm khuyết mô xuyên qua tất cả bốn lớp (niêm mạc, lớp dưới niêm mạc, cơ lớp đệm và thanh mạc) của thành đại tràng và dẫn đến tràn khí màng bụng. Là một biến chứng hiếm gặp nhưng nặng nề vì có khả năng cao gây viêm phúc mạc bởi phân hoặc dịch tiêu hóa làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh tật thậm chí nguy cơ tử vong nếu không được điều trị thích hợp kịp thời [6]. Theo một phân tích tổng hợp các nghiên cứu về thủng đại tràng từ năm 2001 đến 2015, tỷ lệ thủng đại tràng trong nội soi chẩn đoán và tỷ lệ tử vong là 0,5 trên 1.000 trường hợp (KTC 95%: 0,4-0,7) và 2,9 trong 100.000 trường hợp (KTC 95%: 1,1-5,5). Trong nội soi đại tràng can thiệp (cắt polyp, cắt hớt niêm mạc) tỷ lệ biến chứng thủng gặp 0,8 trên 1.000 trường hợp (KTC95%: 0,6-1,0) [10].

Các cơ chế gây thủng đại tràng bao gồm: (1) Chấn thương cơ học trực tiếp do chuyển động về phía trước của đầu ống nội soi, (2) Áp lực lên thành bên ruột do vòng xoắn của ống soi, (3) Sự đâm xuyên của ống nội soi qua các khu vực của bệnh lý (ví dụ: hẹp lòng đại tràng, khối u và túi thừa), (4) chấn thương áp lực do bơm khí quá mức và (5) tác dụng của dòng điện cắt đốt trong quá trình điều trị (cắt polyp và cắt hớt dưới niêm mạc) [3]. Đại tràng Sigma là vị trí thủng phổ biến nhất gặp từ 51%-53% các lỗ thủng xảy ra trong quá trình nội soi chẩn đoán [3]. Điều này là do đại tràng Sigma là đoạn quanh co, gấp góc và khó khăn nhất trong tiến trình nội soi, đồng thời là vị trí phổ biến của các polyp có cuống, túi thừa và dính sau phẫu thuật. Các yếu tố nguy cơ của biến chứng thủng liên quan đến nội soi đại tràng chẩn đoán là nhiều bệnh lý nền đi kèm, tắc ruột, tuổi cao, giới tính nữ và túi thừa đại tràng hoặc khi cắt đốt polyp không cuống, chân rộng, kích thước lớn > 1cm, sâu không bóc tách nâng lên được khi tiêm dưới niêm mạc, vị trí ở manh tràng hoặc đại tràng phải [9]. Bệnh nhân của chúng tôi là một trường hợp nữ giới, tuổi cao (71 tuổi), nhiều bệnh lý

nền (đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp), đoạn đại tràng gấp góc, nhiều túi thừa. Nhận thấy nhiều yếu tố nguy cơ cao do vậy được chuẩn bị thực tháo chuẩn làm sạch lòng đại tràng, nội soi dưới gây mê tĩnh mạch cũng như được thực hiện bởi bác sĩ nội soi có kinh nghiệm.

Các triệu chứng chẩn đoán thủng đại tràng do nội soi bao gồm quan sát thấy lỗ thủng hoặc thấy mạc nổi trong quá trình nội soi, lâm sàng biểu hiện đau bụng khu trú tức thời hoặc cơn đau dữ dội kèm theo căng chướng bụng khác nhau tùy theo nguyên nhân, kích thước và vị trí thủng. Các triệu chứng toàn thân như nhịp tim nhanh, có thể khó thở, huyết áp thấp, muộn hơn có thể biểu hiện tình trạng nhiễm trùng như sốt, dấu hiệu cảm ứng phúc mạc. Xét nghiệm thể hiện tràn khí khoang phúc mạc hoặc khoang sau phúc mạc trên X-quang bụng thẳng, dấu hiệu mất liên tục của thành đại tràng hoặc dịch tự do ổ bụng trên chụp CT scan ổ bụng, tổng phân tích tế bào máu có thể thấy tăng số lượng bạch cầu. Tuy vậy, một số trường hợp thủng đại tràng không có triệu chứng hoặc phát hiện muộn thậm chí sau 2 tuần [7]. Bệnh nhân của chúng tôi phát hiện sớm lỗ thủng đại tràng ngay trong quá trình nội soi khi quan sát thấy mạc nổi, sự mất liên tục của các lớp thành đại tràng qua túi thừa, khi thoát mê bệnh nhân đau tức nhẹ vùng hố chậu trái, chướng bụng, hô hấp huyết động ổn định, CT scan ổ bụng thấy khí tự do ổ bụng chủ yếu vùng bụng phải, khoang sau phúc mạc bên phải.

Điều trị thủng đại tràng do nội soi cần được phối hợp nhiều phương pháp trong đó điều trị phẫu thuật là nguyên tắc cơ bản. Tuy nhiên, hiện nay với sự phát triển của nội soi can thiệp, có thể đóng lỗ thủng qua nội soi và mang lại kết quả tốt hơn so với điều trị phẫu thuật trong những trường hợp thích hợp bao gồm: Quy trình làm sạch đại tràng trước nội soi chuẩn, kích thước lỗ thủng < 3cm, quá trình theo dõi không có biểu hiện viêm phúc mạc [2], [7]. Các loại clip được sử dụng trong can thiệp đóng lỗ thủng như Hemoclips, Over the scope clip và Endoloop clip tùy thuộc vào kích thước lỗ thủng đại tràng [7]. Nội soi can thiệp đóng lỗ thủng đại tràng sau cắt polyp được mô tả lần đầu bởi Yoshikane và

cộng sự năm 1997 [11], đến năm 2001 Mana báo cáo trường hợp thủng đại tràng do nội soi chẩn đoán được can thiệp đóng lỗ thủng bằng clip thực hiện trên trường hợp lỗ thủng có kích thước 1-2cm [8]. Ngay sau khi can thiệp đóng lỗ thủng, kháng sinh đường tĩnh mạch nên được bắt đầu sớm để kiểm soát nhiễm trùng cùng với đó hội chẩn với chuyên khoa dinh dưỡng cho bệnh nhân nhịn ăn và nuôi dưỡng tĩnh mạch trong 5-7 ngày. Điều quan trọng nhất là phải phối hợp chặt chẽ với chuyên khoa phẫu thuật, chỉ định phẫu thuật không nên bị trì hoãn nếu quá trình theo dõi cho thấy thất bại của can thiệp qua nội soi (đau bụng, chướng bụng tăng, dấu hiệu viêm phúc mạc...) [4]. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, ngay sau khi hội chẩn cùng chuyên khoa phẫu thuật, nhận thấy đây là trường hợp thủng "sạch", kích thước 2cm nên quyết định can thiệp đóng lỗ thủng bằng 5 clip đồng thời khởi động kháng sinh đường tĩnh mạch (ceftriaxon 2g x 2 lần/24 giờ), nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch trong 6 ngày. Qua theo dõi tình trạng đau bụng và nhiễm trùng nhẹ được kiểm soát ngay trong 24 giờ sau can thiệp, nuôi ăn trở lại sau 6 ngày không có diễn biến bất thường, bệnh ổn định ra viện sau 10 ngày điều trị. Tái khám sau 4 tuần tràn khí ổ bụng đã hấp thu hoàn toàn khi theo dõi trên X-quang ổ bụng.

4. Kết luận

Thủng đại tràng do nội soi là một biến chứng hiếm gặp nhưng nặng nề của thủ thuật nội soi đại trực tràng, làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh tật của bệnh nhân nếu không được can thiệp xử trí phù hợp. Sự phát triển của nội soi can thiệp đã giúp nhiều bệnh nhân tránh phải phẫu thuật khi xảy ra biến chứng thủng, làm giảm mức độ nặng của bệnh. Các yếu tố quyết định nội soi can thiệp đóng lỗ thủng thành công bao gồm: Quy trình làm sạch chuẩn đại tràng trước nội soi, kích thước lỗ thủng < 3cm, quá trình theo dõi cần phối hợp nhiều chuyên khoa trong đó phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo.

Tài liệu tham khảo

1. Công Long Nguyễn, Phú Tài Lê (2022) *Đánh giá kết quả bước đầu cắt tách dưới niêm mạc điều trị khối u phát triển bên đại trực tràng*. Tạp chí Y học Việt Nam 512(2).
2. Albuquerque W et al (2008) *Endoscopic repair of a large colonoscopic perforation with clips*. Surg Endosc 22(9): 2072-2074.
3. Avgerinos DV, et al (2008) *Evolving management of colonoscopic perforations*. J Gastrointest Surg, 12(10): 1783-1789.
4. Cai SL et al (2015) *Management of iatrogenic colorectal perforation: From surgery to endoscopy*. World J Gastrointest Endosc 7(8): 819-823.
5. Cho SB et al (2012) *Therapeutic options for iatrogenic colon perforation: Feasibility of endoscopic clip closure and predictors of the need for early surgery*. Surg Endosc 26(2): 473-479.
6. Cotton PB et al (2010) *A lexicon for endoscopic adverse events: Report of an ASGE workshop*. Gastrointest Endosc 71(3): 446-454.
7. Jung Y (2020) *Endoscopic management of iatrogenic colon perforation*. Clin Endosc 53(1): 29-36.
8. Mana Fazia, De Vogelaere Kristel, Urban Daniel (2001) *Iatrogenic perforation of the colon during diagnostic colonoscopy: Endoscopic treatment with clips*. Gastrointestinal endoscopy 54(2): 258-259.
9. Panteris V, Haringsma J, Kuipers EJ (2009) *Colonoscopy perforation rate, mechanisms and outcome: From diagnostic to therapeutic colonoscopy*. Endoscopy 41(11): 941-951.
10. Reumkens A et al (2016) *Post-colonoscopy complications: a systematic review, time trends, and meta-analysis of population-based studies*. Am J Gastroenterol 111(8): 1092-1101.
11. Yoshikane H et al (1997) *Endoscopic repair by clipping of iatrogenic colonic perforation*. Gastrointest Endosc 46(5): 464-466.