

NANG GIẢ TUY

1-Đại cương:

Nang giả tụy là sự tập trung khu trú chất dịch có nồng độ cao của amylase (và các men tụy khác) trong một cấu trúc dạng nang mà thành của nó không có lớp biểu mô.

Nang giả tụy chiếm phần lớn (75-80%) các tổn thương dạng nang của tụy.

Nang giả tụy có ba nguồn gốc hình thành:

- Vỡ ống tụy (2/3 các nang giả tụy có thông thương với ống tụy)
- Tụ dịch cấp tính quanh tụy trong và sau viêm tụy cấp
- Sự khu trú và vách hoá của phần mô tụy bị hoại tử trong viêm tụy cấp

Nguyên nhân của nang giả tụy:

- Viêm tụy cấp
- Viêm tụy mãn (nguyên nhân thường gặp nhất)
- Chấn thương tụy (thường gặp ở trẻ em)

Sinh lý bệnh: xuất phát điểm của nang giả tụy là sự tụ dịch quanh tụy. Nguồn gốc của dịch tụ là sự vỡ của ống tụy (do hoại tử một phần thành các ống tụy nhỏ trong viêm tụy cấp hay tăng áp lực trong ống tụy do chít hẹp hay sỏi ống tụy trong viêm tụy mãn). Dịch tụ thường được hấp thu trong phần lớn các trường hợp. Những trường hợp dịch không thể hấp thu sẽ gây phản ứng xơ hoá với các cấu trúc chung quanh, tạo thành vỏ bao, hình thành nang giả tụy. Cần trung bình 4 đến 6 tuần để hình thành một nang giả tụy.

Trong hầu hết các trường hợp, nang giả tụy hình thành ở trong hậu cung mạc nối. Thành nang dính chặt với thành sau dạ dày, mạc nối vị tràng, tá tràng, mạc treo đại tràng ngang. Trong một số ít trường hợp, nang giả tụy có thể hình thành trong chủ mô tụy, do sự hoá lỏng của mô tụy hoại tử (vô trùng) trong viêm tụy cấp.

Nang giả tụy có thể hình thành ở các vị trí khác trong xoang bụng. Trong trường hợp rất hiếm, dịch tụ có thể phát triển lên trên lồng ngực và nang giả tụy có thể hình thành ở trung thất sau.

Kích thước nang giả tụy thay đổi từ 2 đến 30 cm.

Dịch nang thường trong nhưng cũng có thể có màu đỏ bầm do chứa máu và mô hoại tử. Trong 95% các trường hợp, dịch nang có nồng độ amylase cao, và đây là một trong những đặc điểm để chẩn đoán phân biệt giữa nang giả tụy và nang “thật” (bướu tân sinh) của tụy.

85-90% nang giả tụy chỉ có một khoang. Nếu có nhiều khoang, các khoang thường thông thương với nhau qua các vách ngăn không hoàn toàn. Nang có nhiều vách ngăn cần chẩn đoán phân biệt với các bướu dạng nang của tụy (bảng 1).

<i>Loại</i>	<i>Tỉ lệ (%)</i>
<i>U nang nhầy (MCN-mucinous cystic neoplasm)</i>	45
<i>U nang nhầy lành tính</i>	29
<i>U nang nhầy ác tính</i>	16
<i>U nang thanh dịch (serous cysadenomas)</i>	32
<i>U nhú nhầy trong ống tụy (IPMT-intraductal papillary)</i>	18

<i>mucinous tumors</i>)	
<i>U nang tế bào đảo (cysticislet cell tumor)</i>	2
<i>U nang nhú (papillary cystic tumor)</i>	3
<i>Tổng cộng</i>	<i>100%</i>

Bảng 1- Các bướu dạng nang của tụy, chiếm 10% các tổn thương dạng nang và 1% bướu tân sinh (lành và ác tính) của tụy

Diễn tiến của một nang giả tụy:

- Thoái triển (25%)
- Phát triển (tăng kích thước, thành nang dày lên)
- Dẫn đến các biến chứng:
 - Chảy máu: do vỡ một phình giả động mạch trên thành nang (thường là động mạch lách)
 - Nhiễm trùng
 - Vỡ nang: vào ống tiêu hoá hay vào xoang phúc mạc
 - Chèn ép: vào đường mật (gây tắc mật), vào ống tiêu hoá (gây tắc ruột).

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Chẩn đoán lâm sàng dựa vào:

- Tiền căn viêm tụy hay chấn thương vào vùng thượng vị
- Đau thượng vị dai dẳng sau chấn thương hay viêm tụy (triệu chứng thường gặp nhất)
- Chán ăn, sụt cân
- Nôn ói
- Vàng da
- Sốt
- Khối u vùng thượng vị (sờ được trong một số ít các trường hợp)
- Hội chứng xuất huyết trong nang giả tụy:
 - Đau đột dữ dội vùng thượng vị
 - Dầu mất máu cấp: da tái niêm nhạt, tụt huyết áp, Hct giảm
 - Đôi khi nghe được âm thổi vùng thượng vị

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Xét nghiệm:

Kết quả xét nghiệm thường không đặc hiệu. Một tỉ lệ đáng kể BN có nồng độ amylase huyết tương tăng.

2.2.2-X-quang bụng:

Trên X-quang bụng không sửa soạn, nang giả tụy có thể cho hiệu ứng khối, đó là hình ảnh một khối mờ đẩy lệch các tạng chung quanh như dạ dày, đại tràng ngang...Đôi khi, sự hiện diện của các đám canxi ở vùng thượng vị gợi ý bệnh lý nguyên nhân (viêm tụy mãn).

Trên X-quang dạ dày-khung tá tràng với Barium, nang giả tuy biểu hiện bằng hình ảnh dạ dày bị đẩy ra trước (phim chụp nghiêng) hay khung tá tràng bung rộng.

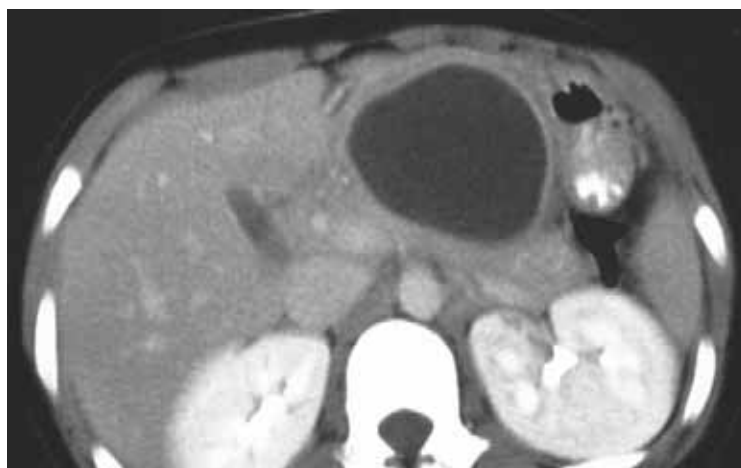
Tương tự như các kết quả xét nghiệm, các dấu hiệu trên X-quang không đặc hiệu cho nang giả tuy. Chúng chỉ có tính chất gợi ý, yêu cầu những chẩn đoán cận lâm sàng khác có độ chính xác cao hơn.

2.2.3-Siêu âm bụng:

Khi đã “trưởng thành”, hình ảnh điển hình của nang giả tuy trên siêu âm là một khối echo hình cầu hay bầu dục, có vách đều, chứa dịch phản âm kém và có tăng âm phía sau. Trong trường hợp không điển hình, độ phản âm của nang sẽ thay đổi, do thay đổi thành phần dịch chứa trong nang.

Giá trị chẩn đoán nang giả tuy của siêu âm thay đổi, tùy thuộc vào người đọc và nhất là có sự chướng hơi hay không của các tạng rỗng chung quanh.

2.2.4-X-quang điện toán cắt lớp (CT):



Hình 1- Hình ảnh của nang giả tuy trên CT



CT là phương tiện chẩn đoán nang giả tuy được chọn lựa hiện nay. Ưu điểm của CT là ngoài giá trị chẩn đoán cao, CT còn cho biết được mối liên hệ về giải phẫu của nang giả tuy với các tạng chung quanh, để từ đó người thầy thuốc có biện pháp điều trị thích hợp.

Hình ảnh của nang giả tuy trên CT (hình 1):

- Ổ tụ dịch (đậm độ thấp) nằm ở trong hay lân cận tụy
- Nang giả tụy đã định hình rõ có hình cầu và vách dày
- Thường nang có cấu trúc một ổ, tuy nhiên có thể có nhiều ổ, phân cách bởi các vách ngăn không hoàn toàn do sự kết tụ thành mảnh của fibrin.
- Nang giả tụy lớn có thể quan sát thấy ở hốc chậu hay trong trung thất
- Nang giả tụy chứa mô hoại tử, máu hay nang nhiễm trùng có đậm độ cao
- Các mạch máu lớn có thể quan sát thấy ở cạnh nang. Trong 10% các trường hợp, có phình động mạch nằm trên thành nang, là nguồn gốc của biến chứng chảy máu.

2.2.5-Chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp mật tụy cộng hưởng từ (MRCP):

MRI và MRCP cho hình ảnh nang, đặc biệt là hình ảnh dịch trong nang (với các mảnh mô hoại tử), rõ ràng hơn so với CT. MRCP có thể cho thấy hình ảnh chi tiết của ống tụy (và đường mật), nhưng khó có thể kết luận ống tụy có còn nguyên vẹn hay không trên MRCP.

Trong thực tế, vì giá thành của MRI và MRCP cao hơn CT, và vì bản thân CT có giá trị chẩn đoán cao, MRI và MRCP ít khi được chỉ định thay cho CT.

2.2.6-Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP):

ERCP là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn, khi cần xác định tính nguyên vẹn của ống tụy ở BN có nang giả tụy.

Hình ảnh của nang giả tụy trên ERCP:

- Luôn có bất thường ở ống tụy
- Dò ống tụy vào nang là dấu hiệu phổ biến
- Các bất thường khác: ống tụy bị tắc một phần hay hoàn toàn, do xơ hoá (viêm tụy mãn) hay do bị chèn ép từ bên ngoài.

2.2.7-Siêu âm qua nội soi:

- Cấu trúc echo trống (ổ tụ dịch), giới hạn ngoài có echo dày (thành nang)
- Hình ảnh các mảnh vụn (mô hoại tử, máu, mỡ) di chuyển theo trọng lực
- Có thể xác định độ dày thành nang với độ chính xác cao

2.2.8-X-quang động mạch:

X-quang động mạch hiếm khi được chỉ định chỉ để chẩn đoán nang giả tụy. Trong trường hợp nghi ngờ có sự hình thành một phình giả động mạch do bào mòn thành mạch do viêm tụy cấp gây ra, X-quang động mạch được chỉ định, vừa có tác dụng chẩn đoán, vừa có tác dụng can thiệp (gây tắc mạch).

2.2.9-Chọc hút dịch nang chẩn đoán:

Được thực hiện dưới sự hướng dẫn của CT, siêu âm hay tốt nhất là siêu âm qua nội soi. Việc chọc hút dịch nang cũng có thể được thực hiện trong phẫu thuật.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Các chẩn đoán phân biệt sau có thể được đặt ra:

- Tụ dịch quanh tụy sau viêm tụy cấp

- Viêm tụy mãn
- Nang thận trái
- Nang lách
- U nang (bướu tân sinh) của tụy (quan trọng nhất)

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Tiêu chuẩn chẩn đoán nang giả tụy:

- Có tiền căn viêm tụy cấp, viêm tụy mãn hay chấn thương tụy
- Đau bụng dai dẳng, âm ỉ
- Chẩn đoán hình ảnh: khối chứa dịch đồng nhất, vỏ bao rõ, không có vách ngăn, không tăng quang khi bơm thuốc cản quang, không vôi hoá.

Nếu không có đủ cả ba tiêu chuẩn kể trên, phải loại trừ các tổn thương dạng nang khác không phải nang giả tụy, trong đó quan trọng nhất là bướu tân sinh dạng nang của tụy.

Chẩn đoán loại trừ bướu tân sinh dạng nang của tụy dựa vào: đối tượng BN, triệu chứng lâm sàng và hình ảnh trên CT (bảng 2, hình 2).

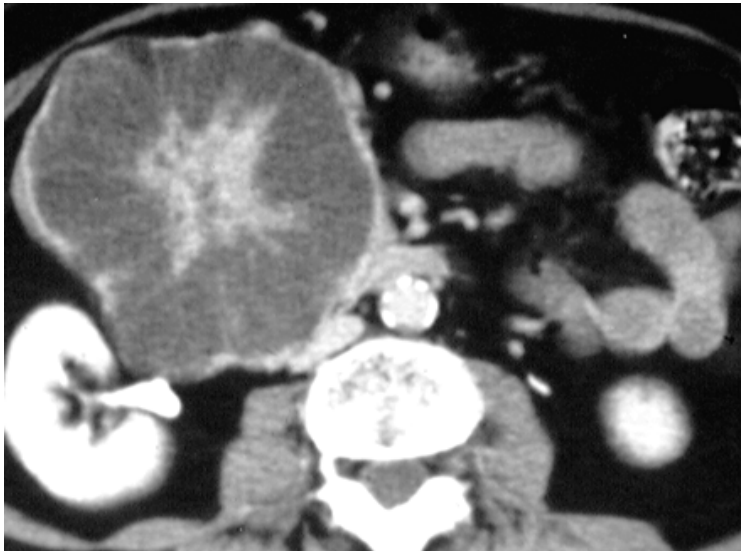
	<i>Serous cystadenomas</i>	<i>MCN</i>	<i>IPMT</i>
<i>Giới tính</i>	<i>Nữ (>80%)</i>	<i>Nữ (>80%)</i>	<i>Nam (>50%)</i>
<i>Biểu hiện</i>	<i>Khối u bụng đau</i>	<i>Khối u bụng đau</i>	<i>Viêm tụy</i>
<i>Vị trí</i>	<i>Thân và đuôi</i>	<i>Thân và đuôi</i>	<i>Đầu</i>
<i>Dấu hiệu trên CT:</i>			
<i>Vách</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(-)</i>
<i>Đóng vôi</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(-)</i>
<i>Dấu hiệu trên ERCP:</i>			
<i>Ống tụy bị đẩy</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(-)</i>
<i>Ống tụy dẫn</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>
<i>Ống tụy không hiện hình hoàn toàn</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>
<i>Ống tụy thông với nang</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>
<i>Dịch nhầy chảy ra từ nhú Vater</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>
<i>Nguy cơ ác tính</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>
<i>Điều trị</i>	<i>Có thể theo dõi</i>	<i>Cắt u</i>	<i>Cắt u</i>

Bảng 2- Tính chất một số bướu tân sinh dạng nang của tụy nang của tụy

Nếu CT vẫn chưa cho một kết luận đáng tin cậy, có thể chọc hút dịch nang xét nghiệm sinh hoá và tế bào (bảng 3).

	<i>Nang giả tụy</i>	<i>Serous cystadenomas</i>	<i>MCN lành tính</i>	<i>MCN ác tính</i>
<i>Độ nhầy</i>	<i>Thấp</i>	<i>Thấp</i>	<i>Cao</i>	<i>Cao</i>
<i>Amylase</i>	<i>Cao</i>	<i>Thấp</i>	<i>Thấp</i>	<i>Thấp</i>
<i>CEA</i>	<i>Thấp</i>	<i>Thấp</i>	<i>Cao</i>	<i>Cao</i>
<i>CA 72-4</i>	<i>Thấp</i>	<i>Thấp</i>	<i>Trung gian</i>	<i>Cao</i>
<i>Tế bào học</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>

Bảng 3- So sánh tính chất dịch nang giả tụy và u nang của tụy



Hình 2- Hình ảnh serous cyst adenoma của tuyến thượng thận trên CT

Trong trường hợp nang nằm trong tuyến (có vỏ bao tuyến che phủ), cắt trọn nang (mà không làm rơi rớt dịch nang vào trong xoang bụng) là chọn lựa cuối cùng, khi không thể phân biệt được nang giả và bướu tân sinh dạng nang của tuyến

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

Mục đích: điều trị triệu chứng, nâng đỡ tổng trạng trong khi BN chưa có chỉ định điều trị bằng thủ thuật hay phẫu thuật.

Được chỉ định khi nang có thể tự thoái triển mà không cần can thiệp, cụ thể:

- Nang không có biến chứng
- Nang có thành mỏng
- Ống tuyến còn nguyên vẹn
- Thời gian: trước 4 tuần sau viêm tuyến hay chấn thương tuyến

Nội dung:

- Giảm đau (là biện pháp điều trị chính)
- Dinh dưỡng hỗ trợ qua đường tĩnh mạch (được chỉ định khi BN không cung cấp đủ năng lượng qua đường miệng)

3.2-Điều trị nang giả tuyến chưa biến chứng:

3.2.1-Dẫn lưu nang qua da:

Kỹ thuật: xác định vị trí nang nơi tiếp xúc với thành bụng (dưới sự hướng dẫn của siêu âm), chọc kim qua da vào nang, luồn catheter, lưu và cố định catheter

Thời gian lưu catheter thay đổi, từ vài ngày đến vài tháng.

Ưu điểm: nhẹ nhàng

Hạn chế:

- Nhiễm trùng nang
- Nghẹt catheter
- Dò tuyến

- Thời gian dẫn lưu kéo dài
- Tỷ lệ tái phát cao (63%)

Sau khi đặt catheter cần điều trị bổ túc với octreotide (Somatostatin 200 µg TDD x 3 lần/ngày x 1 tháng).

Chỉ định: nang giả tụy nhiễm trùng.

Chống chỉ định:

- Có nghẹt ống tụy
- Nang có vách ngăn
- Nang có mô hoại tử

3.2.2-Dẫn lưu nang qua nội soi dạ dày-tá tràng:

Chỉ định:

- Dẫn lưu nang giả tụy xuyên thành (dạ dày hay tá tràng) : nang giả tụy dính với thành dạ dày hay tá tràng.
- Dẫn lưu nang giả tụy qua ngã ống tụy: được chỉ định khi nang giả tụy có sự thông thương với ống tụy (có tắc nghẽn ống tụy trên dòng hay không). Kỹ thuật: đưa ống soi tới tá tràng, đặt endoprothese xuyên như Vater, khi nang thoái triển nội soi rút endoprothese.

Cần siêu âm qua nội soi hay ERCP trước khi tiến hành thủ thuật.

Biến chứng:

- Chảy máu (đặt xuyên thành)
- Viêm tụy cấp (đặt xuyên như Vater): 13%
- Thủng thành dạ dày hay tá tràng

Kết quả:

- Tỷ lệ thành công: 80%
- Tỷ lệ tái phát: 10-14%

3.2.3-Phẫu thuật dẫn lưu trong:

Là phương pháp được lựa chọn trong đa số các trường hợp.

Chỉ định: nang có thành đủ dày (tối thiểu 5mm).

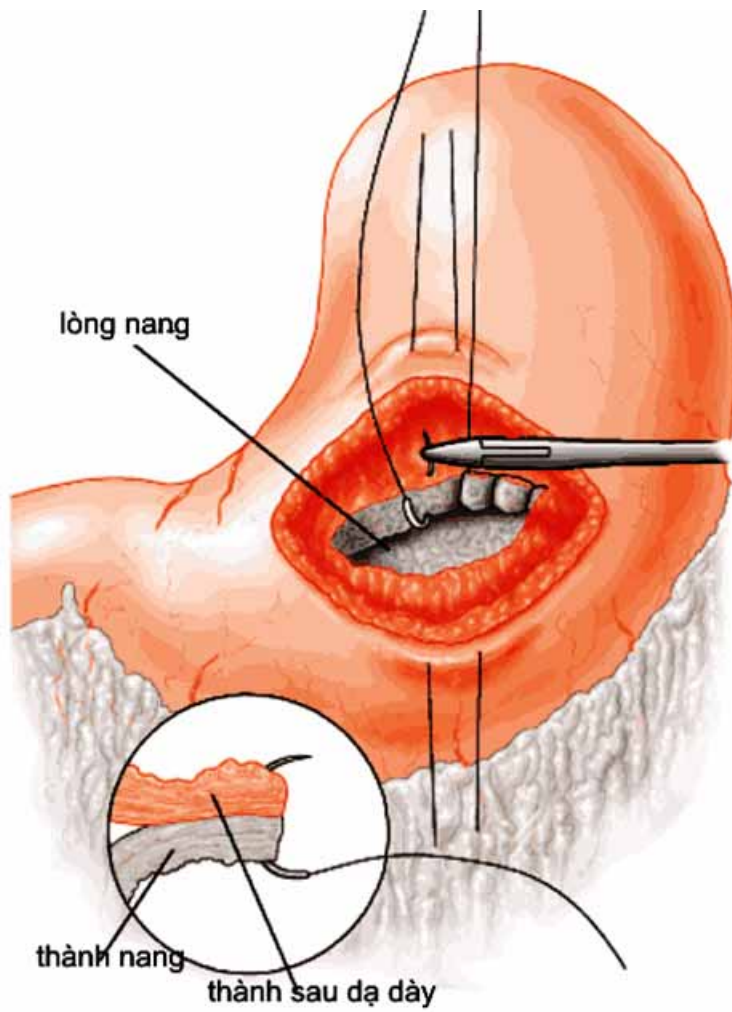
Có thể tiến hành qua mổ mở hay phẫu thuật nội soi.

Phương pháp: tùy thuộc vào mối liên quan của thành nang với các tạng lân cận:

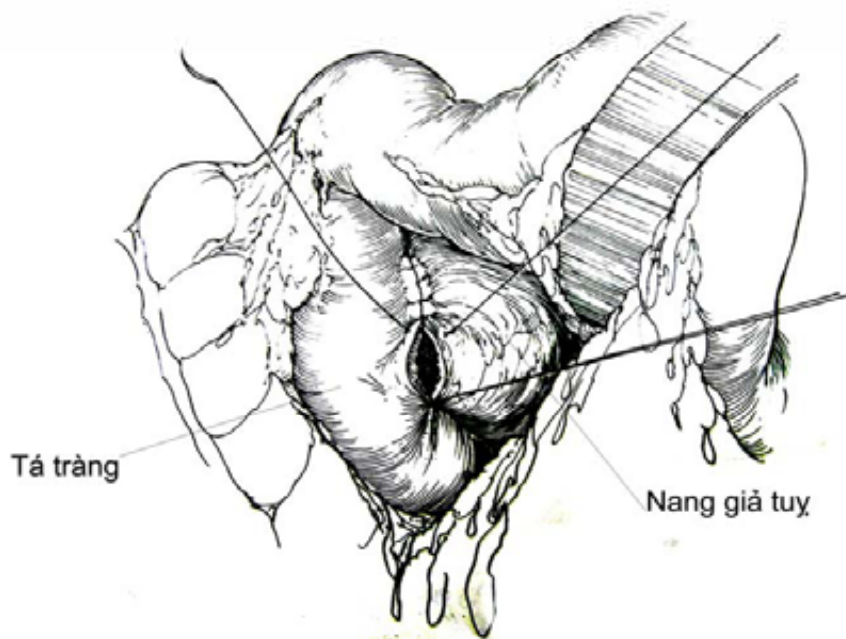
- Nối nang với thành sau dạ dày (hình 3): nếu nang dính vào thành sau dạ dày
- Nối nang với thành bên tá tràng (hình 4): nếu nang dính vào thành bên tá tràng
- Nối nang với hỗng tràng theo phương pháp Roux-en-Y (hình 5): nếu nang dính vào mạc treo đại tràng ngang. Phương pháp này thường được thực hiện nhất.

Kết quả:

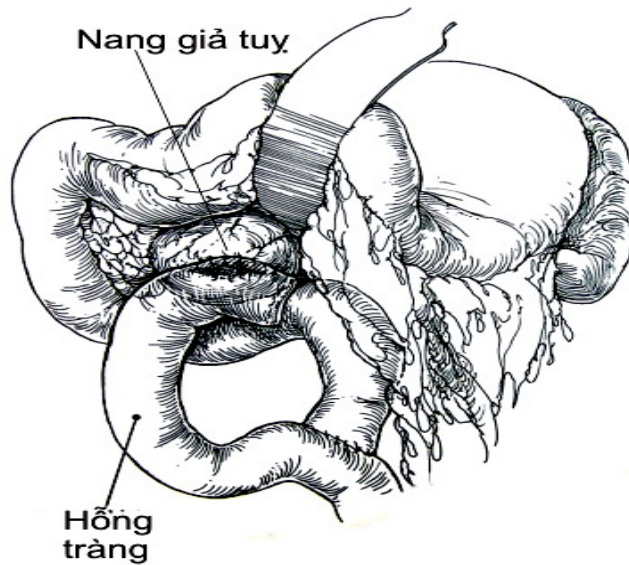
- Tỷ lệ thành công 85-90%
- Tỷ lệ tái phát: rất thấp



Hình 3- Phẫu thuật nối nang giả tụy với thành sau dạ dày



Hình 4- Phẫu thuật nối nang giả tụy-tá tràng



Hình 5- Phẫu thuật nối nang giả tụy-hỗng tràng theo phương pháp Roux-en-y

3.2.4-Phẫu thuật dẫn lưu ngoài:

Chỉ định:

- Nang có biến chứng nhiễm trùng
- Nang còn “non” (thành mỏng) có biến chứng chèn ép
- BN không đủ sức chịu đựng cuộc phẫu thuật lớn hơn

3.2.5-Phẫu thuật cắt nang:

Chỉ định: nang khu trú, thường ở vùng đuôi tụy

Phương pháp: cắt đuôi tụy kèm nang

Phương pháp này ít được thực hiện

3.3-Điều trị nang giả tụy có biến chứng:

Nang giả tụy nhiễm trùng: kháng sinh kết hợp dẫn lưu nang

Nang giả tụy chèn ép: dẫn lưu nang

Nang giả tụy xuất huyết:

- Thông động mạch, chụp động mạch, gây tắc động mạch chảy máu
- Phẫu thuật cầm máu

Nang giả tụy vỡ vào xoang phúc mạc: rửa bụng, dẫn lưu xoang bụng, dẫn lưu nang.