

## BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP: CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỨC MẠC XƠ HÓA KẾT BỌC NGUYÊN PHÁT

*Hoàng Tú Minh<sup>1\*</sup>, Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Đào Thị Luận<sup>2</sup>, Lê Tuấn Linh<sup>1</sup>*

### Tóm tắt

Viêm phúc mạc xơ hóa kết bọc (sclerosing encapsulating peritonitis - SEP) còn có tên gọi khác là kén bụng (abdominal cocoon) là một tình trạng viêm mạn tính hiếm gặp của phúc mạc với nguyên nhân chưa rõ. Tình trạng này xảy ra khi các quai ruột được bọc trong khoang phúc mạc bằng một lớp màng, dẫn đến tắc ruột. Do hiếm gặp và các biểu hiện lâm sàng ban đầu không đặc hiệu, bệnh thường không được nhận biết và khó chẩn đoán xác định trước phẫu thuật. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng với một số đặc điểm hình ảnh đặc trưng góp phần hỗ trợ chẩn đoán phân biệt SEP với các nguyên nhân tắc ruột khác. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân (BN) nam 53 tuổi, tiền sử bán tắc ruột điều trị nội khoa nhiều lần, vào viện với các triệu chứng của tắc ruột cơ học điển hình gồm đau bụng từng cơn quanh rốn, bí trung đại tiện 2 ngày. Hình ảnh CLVT ổ bụng cho thấy một cấu trúc tương tự phúc mạc mỏng bao bọc gần toàn bộ các quai ruột non gây tắc ruột. BN được phẫu thuật cấp cứu để giải phóng các quai ruột và cắt bỏ cấu trúc phúc mạc này làm xét nghiệm giải phẫu bệnh. Kết quả mô bệnh học chẩn đoán SEP.

**Từ khóa:** Viêm phúc mạc xơ hóa kết bọc; Nguyên phát; Đau bụng; Tắc ruột.

### A RARE CASE REPORT: COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING OF PRIMARY SCLEROSING ENCAPSULATING PERITONITIS

#### Abstract

Sclerosing encapsulating peritonitis (SEP), also known as an abdominal cocoon, is a rare chronic inflammatory condition of the peritoneum of unknown etiology.

---

<sup>1</sup>Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: Hoàng Tú Minh (tuminh.radiologist@gmail.com)

Ngày nhận bài: 31/3/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 15/4/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49.787>

This condition occurs when the bowel loops are covered in the peritoneal cavity by a membrane, leading to intestinal obstruction. Because of its rarity and nonspecific initial clinical presentation, the disease is often unrecognized, and it is difficult to make a definite pre-operative diagnosis. With some specific imaging characteristics, computed tomography imaging contributes to the differential diagnosis of SEP from other causes of intestinal obstruction. We report a case of a 53-year-old male patient with a history of semi-obstruction and multiple medical treatments, who was admitted to our hospital with symptoms of intestinal obstruction, including peri-umbilical abdominal pain, constipation, and inability to pass gas for 2 days. Computed tomography of the abdomen revealed a thin peritoneal-like structure surrounding nearly all loops of the small intestine, causing intestinal obstruction. The patient underwent emergency surgery to release the bowel loops and remove this peritoneal structure for histopathological examination. Histopathology results confirmed the diagnosis of SEP.

**Keywords:** Sclerosing encapsulating peritonitis; Primary; Abdominal pain; Intestinal obstruction.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc xơ hóa kết bọc hay còn gọi là “kén bụng” (abdominal cocoon), là một tình trạng viêm mạn tính hiếm gặp của phúc mạc với cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng [1, 2]. Tình trạng này xảy ra khi các quai ruột được bọc trong khoang phúc mạc bằng một lớp màng, dẫn đến tắc ruột [3]. Các triệu chứng của bệnh không đặc hiệu và chỉ thể hiện tình trạng tắc ruột. Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp CLVT ổ bụng có giá trị quan trọng trong xác định bệnh.

### BÁO CÁO CA BỆNH

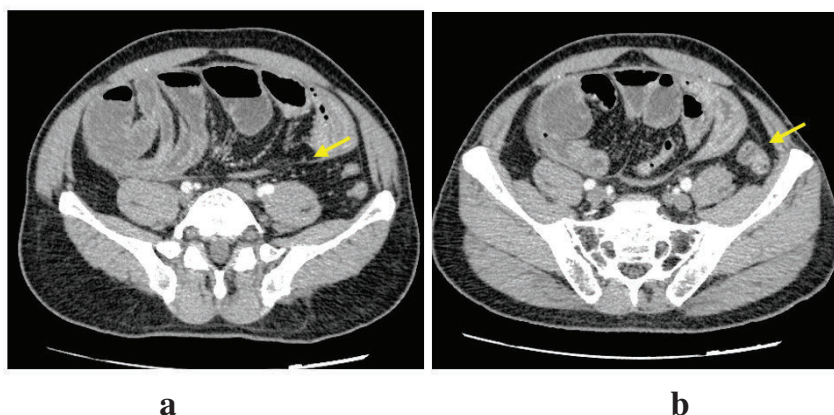
BN nam 53 tuổi, tiền sử bán tắc ruột vài lần trong quá khứ không rõ nguyên nhân và tự hồi phục, đến Bệnh viện

Đại học Y Hà Nội khám trong tình trạng đau bụng quanh rốn và bí trung đại tiện 2 ngày. BN không sốt, không nôn. Khám thấy bụng chướng, không có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc.

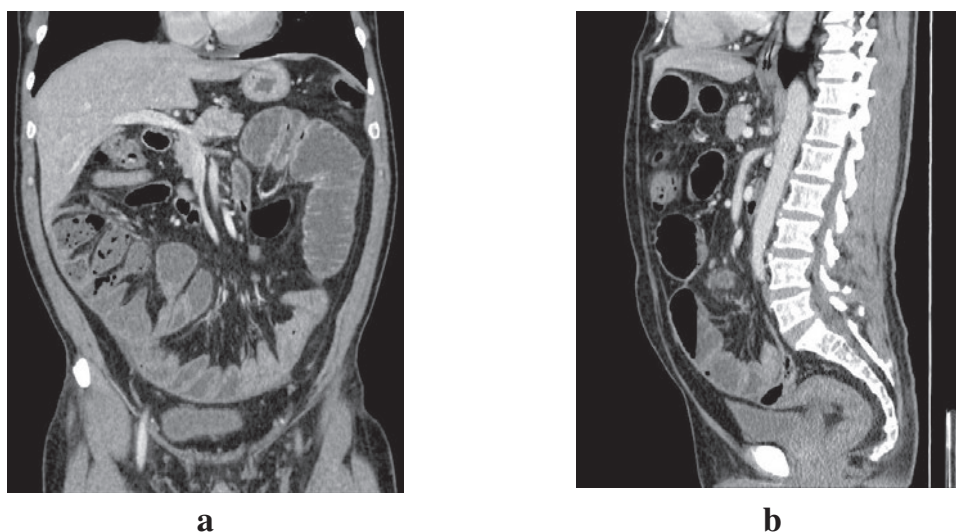
Các chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu cơ bản như glucose, ure, creatinine, AST, ALT, amylase, CRP trong giới hạn bình thường; công thức máu có bạch cầu tăng nhẹ 11G/L với tỷ lệ bạch cầu trung tính là 75%. Siêu âm ổ bụng phát hiện các quai ruột non giãn, tăng nhu động kèm nhu động đảo chiều, thành mỏng, không thấy dịch tự do trong ổ bụng. Trên X-quang ổ bụng không chuẩn bị có hình ảnh mức nước hơi quanh rốn với chân rộng vòm thấp, gợi ý tắc ruột cao.

BN được chỉ định chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang. Trên hình ảnh CLVT quan sát thấy hình ảnh giãn gằn toàn bộ các quai ruột non, trong lòng ứ đọng dịch tiêu hóa tạo mức. Đặc biệt hơn, các quai ruột non, đại tràng phải và manh tràng được bọc trong một cấu

trúc dạng màng mỏng tương tự phúc mạc (*Hình 1, 2*), không thấy thâm nhiễm hay khối bất thường trong ổ bụng. Các cơ quan khác trong ổ bụng không phát hiện bất thường. Chẩn đoán sơ bộ được đặt ra là tắc ruột cơ học chưa rõ nguyên nhân, theo dõi do SEP.

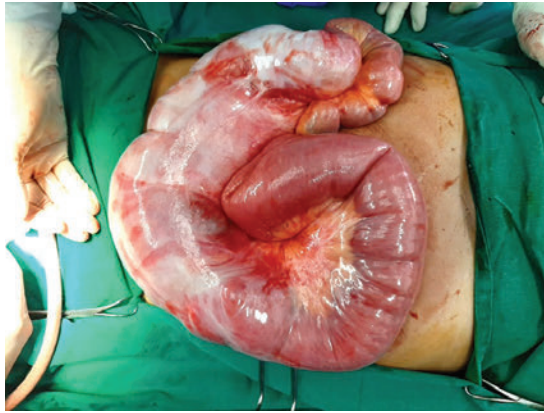


**Hình 1.** Hình ảnh chụp CLVT sau tiêm thuốc cản quang, các quai ruột non giãn, ứ đọng tạo mức, được bao bọc bởi một lớp màng tương tự phúc mạc tạo thành “kén” (mũi tên). Đại tràng trái nằm ngoài “kén” này (mũi tên).



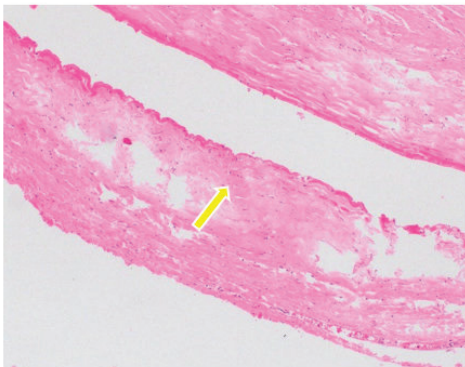
**Hình 2.** Trên phim dựng hình coronal (a) và sagital (b), quan sát rõ hơn hình ảnh phúc mạc bọc lấy các quai ruột non và đại tràng phải trong ổ bụng, không thấy thâm nhiễm hay hạch lớn trong mạc treo ruột, không thấy dịch tự do ổ bụng.

BN được chỉ định phẫu thuật cấp cứu để giải quyết tình trạng tắc ruột. Trong mổ quan sát thấy cấu trúc phức tạp bao bọc các quai ruột non và đại tràng phải tương tự như hình ảnh CLVT (*Hình 3*). Các quai ruột còn hồng, nhu động tốt sau khi được giải phóng khỏi bọc phức tạp. Cắt bỏ “kén” phức tạp, một phần cấu trúc này được gửi giải phẫu bệnh.



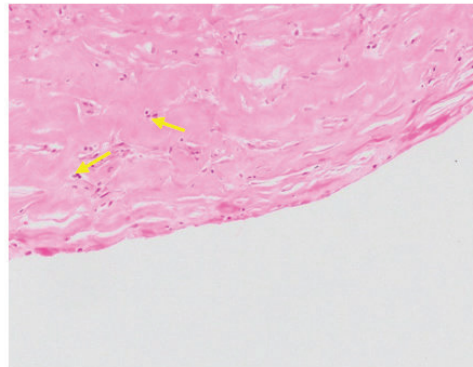
**Hình 3.** Hình ảnh đại thể trong mổ cho thấy cấu trúc dạng màng mỏng tương tự phức tạp bao bọc các quai ruột non và một phần đại tràng, gây tắc ruột. Các quai ruột chưa có dấu hiệu hoại tử.

Trên hình ảnh giải phẫu bệnh vi thể, các lát cắt lấy vào tổ chức phức tạp với các tế bào trung biểu mô bao phủ bề mặt, thấy sự tăng sinh các tế bào xơ và các bó collagen xếp song song, xâm nhập rải rác các tế bào viêm đơn nhân (*Hình 4, 5*).



**Hình 4.** Tiêu bản nhuộm HEx10: Tổ chức phức tạp với các tế bào trung biểu mô bao phủ bề mặt, tăng sinh các tế bào xơ và các bó collagen (mũi tên vàng).

Chẩn đoán sau mổ: Tắc ruột do SEP.



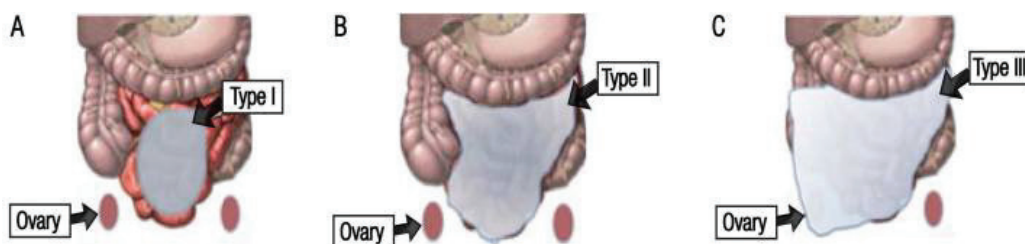
**Hình 5.** Tiêu bản nhuộm HE x 40: Các bó collagen xếp song song. Xâm nhập rải rác tế bào viêm đơn nhân (mũi tên vàng).

## BÀN LUẬN

Hiện nay, SEP được phân loại gồm 2 nhóm là nguyên phát (vô căn) và thứ phát dựa vào cơ chế bệnh sinh và đặc điểm bệnh lý của màng bọc [1, 4]. SEP nguyên phát chưa rõ nguyên nhân, có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi và ở cả hai giới [3]. SEP nguyên phát được phân thành ba loại dựa trên mức độ bao bọc của màng (Hình 6). Típ I và II liên quan đến sự bao bọc một phần hoặc toàn bộ ruột non bằng một màng xơ

sợi. Ở típ III, ngoài ruột non thì một hoặc nhiều cấu trúc khác trong ổ bụng như ruột thừa, manh tràng, đại tràng lên, dạ dày, gan hoặc buồng trứng cũng được bao bọc [1, 5].

SEP thứ phát thường gặp sau các bệnh lý viêm hoặc tự miễn như lao, lupus, loét màng bụng hoặc dẫn lưu não thất - ổ bụng, tính chất màng bọc tương tự như SEP nguyên phát nhưng phối hợp thêm đặc điểm của các bệnh lý căn nguyên... [1, 6].



**Hình 6.** Phân loại SEP nguyên phát. Type I (A) và type II (B): Lớp màng bao bọc một phần hoặc toàn bộ ruột non. Type III (C), SEP chiếm toàn bộ ruột non và cấu trúc khác như đại tràng hoặc buồng trứng [1].

Diễn biến lâm sàng của SEP thường bao gồm các đợt bán tắc ruột non do hậu quả của hạn chế và giảm nhu động các quai ruột do túi bọc [7]. Trong giai đoạn đầu, các triệu chứng của SEP không rõ ràng, do chưa tắc hoàn toàn, thường khó chẩn đoán. Khi tắc hoàn toàn, chẩn đoán tắc ruột, cần can thiệp phẫu thuật, mới xác định là SEP [7]. BN của chúng tôi hướng đến SEP nguyên phát do không phát hiện các bệnh lý liên quan trong quá khứ, BN

từng có các đợt đau bụng gợi ý sự xuất hiện của tổn thương, đợt này vào viện với tình trạng tắc ruột hoàn toàn.

Về đặc điểm hình ảnh: X-quang bụng không chuẩn bị cho hình ảnh mức nước hơi, siêu âm cho hình ảnh các quai ruột giãn là các đặc điểm gợi ý tắc ruột. Tuy nhiên, so với các kỹ thuật hình ảnh khác, CLVT cho hình ảnh tổn thương đầy đủ hơn, giúp phân loại bệnh cũng như phát hiện các biến chứng liên quan nếu có và loại trừ các

nguyên nhân gây tắc ruột khác [5, 6]. Wig và Gupta [8] (1998) báo cáo về hình ảnh điển hình của SEP trên CLVT là sự tập trung của toàn bộ ruột non vào trung tâm của bụng và được bao bọc bởi một lớp màng mô mềm. Các đặc điểm khác của SEP trên CLVT bao gồm tắc ruột, kết dính và cố định các quai ruột, dày kèm vôi hóa phúc mạc, dịch ổ bụng và hạch phản ứng. Trong ca bệnh này, cấu trúc phúc mạc viêm bao bọc toàn bộ ruột non và đại tràng phải (típ III), không thấy vôi hóa, chưa có biến chứng hoại tử ruột.

Một số chẩn đoán phân biệt bao gồm bán tắc ruột hoặc tắc ruột do dính, thoát vị nội, ruột xoay bất toàn... [4, 9]. Với SEP thứ phát, cần phối hợp các xét nghiệm khác như Bilan viêm, máu lắng, xét nghiệm đờm, dịch ổ bụng, thậm chí sinh thiết [9, 10] để tìm nguyên nhân.

Các phương pháp điều trị bao gồm điều trị bảo tồn, sử dụng thuốc và phẫu thuật. Với những trường hợp SEP típ I, triệu chứng nhẹ có thể điều trị bảo tồn bằng cách đặt sonde dạ dày giảm áp, ăn thức ăn mềm, dễ tiêu hóa hoặc nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Điều trị phẫu thuật với những trường hợp tắc ruột cơ học, bảo tồn thất bại, có dấu hiệu thiếu máu ruột, SEP típ III. Một phần không thể thiếu của phẫu thuật là cắt bỏ hoàn toàn màng phúc mạc viêm để đảm bảo giảm tỷ lệ tái phát; tuy

nhiên, việc này có thể dẫn đến nguy cơ thủng ruột hoặc rách mạc treo ruột trong quá trình phẫu thuật [1, 10]. Ca bệnh của chúng tôi có triệu chứng tắc ruột rõ trong bệnh cảnh SEP típ III, do đó BN được chỉ định phẫu thuật, không phát hiện biến chứng trong và ngay sau mổ.

Biến chứng sau phẫu thuật có thể gặp gồm tắc ruột do dính, thoát vị ruột qua vết mổ, nhiễm trùng ổ bụng, hội chứng ruột ngắn với những trường hợp phải cắt gần hết ruột... Tiên lượng của bệnh phụ thuộc vào típ (đối với SEP nguyên phát), nguyên nhân (đối với SEP thứ phát) và xử trí trong mổ. Sau mổ cần vận động sớm, chế độ ăn phù hợp tránh tắc ruột tái phát, cần theo dõi sát sau mổ tình trạng tắc ruột trên lâm sàng và có hay không có biến chứng sau điều trị [1, 2, 7].

## **KẾT LUẬN**

SEP nguyên phát là một bệnh lý hiếm gặp, phần lớn BN được phát hiện khi đã có biến chứng tắc ruột. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, cắt lớp vi tính đóng vai trò quan trọng trong việc thiết lập chẩn đoán, phân loại và định hướng phương pháp điều trị. Điều trị bảo tồn và dùng thuốc áp dụng cho những BN có triệu chứng nhẹ, típ I, II; phẫu thuật là phương pháp cần thiết cho những trường hợp nặng, típ III hoặc thất bại trong điều trị bảo tồn.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Thông tin của BN được bảo mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Machado NO. Sclerosing encapsulating peritonitis: Review. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2016; 16(2):e142-151. DOI: 10.18295/squmj.2016.16.02.003.
2. Maguire D, Srinivasan P, O'Grady J, Rela M, Heaton ND. Sclerosing encapsulating peritonitis after orthotopic liver transplantation. *Am J Surg*. 2001; 182(2):151-154. DOI: 10.1016/s0002-9610(01)00685-7.
3. Acar T, Kokulu İ, Acar N, Tavusbay C, Hacıyanlı M. Idiopathic encapsulating sclerosing peritonitis. *Ulus Cerrahi Derg*. 2015; 31(4):241-243. DOI: 10.5152/UCD.2015.2786.
4. Tannoury JN, Abboud BN. Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis: Abdominal cocoon. *World J Gastroenterol*. 2012; 18(17):1999-2004. DOI: 10.3748/wjg.v18.i17.1999.
5. Gupta S, Shirahatti RG, Anand J. CT findings of an abdominal cocoon. *AJR Am J Roentgenol*. 2004; 183(6): 1658-1660. DOI: 10.2214/ajr.183.6.01831658.
6. Danford CJ, Lin SC, Smith MP, Wolf JL. Encapsulating peritoneal sclerosis. *World J Gastroenterol*. 2018; 24(28):3101-3111. DOI: 10.3748/wjg.v24.i28.3101.
7. Wei B, Wei HB, Guo WP, et al. Diagnosis and treatment of abdominal cocoon: A report of 24 cases. *Am J Surg*. 2009; 198(3):348-353. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2008.07.054.
8. Wig JD, Gupta SK. Computed tomography in abdominal cocoon. *J Clin Gastroenterol*. 1998; 26(2):156-157. DOI: 10.1097/00004836-199803000-00017.
9. Akbulut S. Accurate definition and management of idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(2):675-687. DOI: 10.3748/wjg.v21.i2.675.
10. Li N, Zhu W, Li Y, et al. Surgical treatment and perioperative management of idiopathic abdominal cocoon: Single-center review of 65 cases. *World J Surg*. 2014; 38(7):1860-1867. DOI: 10.1007/s00268-014-2458-6.