

BÁO CÁO CA BỆNH: ÁP XE GAN DO DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA DI TRÚ

Đặng Thanh Tú Anh^{1}, Trương Minh Thương¹, Hoàng Xuân Trường¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Báo cáo 02 trường hợp áp xe gan gây ra bởi dị vật nuốt vào di trú đến gan. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo 02 ca bệnh áp xe gan do dị vật đường tiêu hóa di trú được điều trị thành công bằng hồi sức, dẫn lưu áp xe, lấy dị vật ra khỏi cơ thể và kháng sinh phổ rộng. **Kết quả:** Từ tháng 12/2022 - 8/2023, có 02 trường hợp được đưa vào lô nghiên cứu. Cả hai trường hợp đều được chụp cắt lớp vi tính (CT) xác định đúng áp xe gan do dị vật và dự đoán được vị trí cũng như các biến chứng khác trên đường dị vật di trú. **Kết luận:** Nghiên cứu nhấn mạnh vào tầm quan trọng của việc chẩn đoán phân biệt nguyên nhân của áp xe gan có thể là dị vật đường tiêu hóa. Các phương tiện hình ảnh học có thể xác định chẩn đoán, trong đó CT rất nhạy trong việc phát hiện, xác định đúng vị trí và các biến chứng của dị vật cản quang.

Từ khóa: Áp xe gan; Dị vật đường tiêu hóa; Cắt lớp vi tính; Hình ảnh học.

CASE REPORT: HEPATIC ABSCESS SECONDARY TO GASTROINTESTINAL FOREIGN BODY MIGRATION

Abstract

Objectives: To report 02 cases of hepatic abscess due to gastrointestinal foreign bodies. **Methods:** A case report was conducted on 02 cases of hepatic abscess secondary to gastrointestinal foreign body migration successfully treated with resuscitation, abscess drainage, removal of foreign bodies from the body, and broad-spectrum antibiotics. **Results:** From December 2022 to August 2023, we admitted 02 cases of hepatic abscess due to gastrointestinal foreign bodies. Both cases were correctly diagnosed with abdominal CT, including identifying liver abscess and the location of the radiopaque foreign body as well as other complications along their migration path. **Conclusion:** These cases underscore the importance of considering gastrointestinal foreign bodies as a potential cause

¹Bệnh viện Quân y 175

*Tác giả liên hệ: Đặng Thanh Tú Anh (tuanh.dr1124@gmail.com)

Ngày nhận bài: 08/7/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 12/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i7.895>

of liver abscess. Timely diagnosis and intervention contribute to successful outcomes in these challenging cases. The interpretation of imaging modalities, especially computed tomography, can identify radiopaque foreign objects with high sensitivity, their exact locations, and complications.

Keywords: Liver abscess; Gastrointestinal foreign body; Computerized tomography; Radiology.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành lâm sàng, dị vật đường tiêu hóa là một trong các vấn đề ít gặp nhưng nguy hiểm, có thể gây ra các biến chứng trực tiếp như chảy máu, thủng hoặc tắc đường tiêu hóa và các biến chứng gián tiếp nặng nề hơn như viêm phúc mạc, viêm trung thất, hình thành áp xe hoặc sốc nhiễm trùng huyết. Phần lớn các dị vật nuốt vào nói chung được thải ra ngoài mà không gây biến chứng, chỉ dưới 1% gây thủng đường tiêu hóa, trong đó 71% xảy ra trong phúc mạc, chủ yếu do các dị vật sắc nhọn [1, 2, 3].

Như đã đề cập, thủng đường tiêu hóa do dị vật là một bệnh cảnh hiếm gặp, và sự hình thành áp xe gan thứ phát sau đó thậm chí còn hiếm gặp hơn [4]. Thùy trái gan là vị trí thường gặp nhất của tổn thương gan trong bệnh cảnh này do vị trí giải phẫu nằm cạnh hang môn vị và quai tá tràng, là vị trí hẹp lại và gấp góc của đường tiêu hóa, nơi dị vật thường mắc kẹt [1, 4]. Trong hầu hết các ca bệnh, việc chẩn đoán sớm qua thăm khám lâm sàng và xét nghiệm máu thường khó khăn do bệnh sử không rõ ràng, bệnh nhân (BN)

không biết hoặc không nhớ có nuốt dị vật, triệu chứng không điển hình hoặc chồng lấp với bệnh cảnh áp xe gan do các nguyên nhân khác, điều này dẫn đến nhiều trường hợp chỉ phát hiện khi bệnh đã diễn tiến nặng nề. Nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Báo cáo 02 ca lâm sàng áp xe gan do dị vật đường tiêu hóa xuyên thành và di trú đến gan, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2022 - 8/2023.*

GIỚI THIỆU CA BỆNH

1. Trường hợp 1

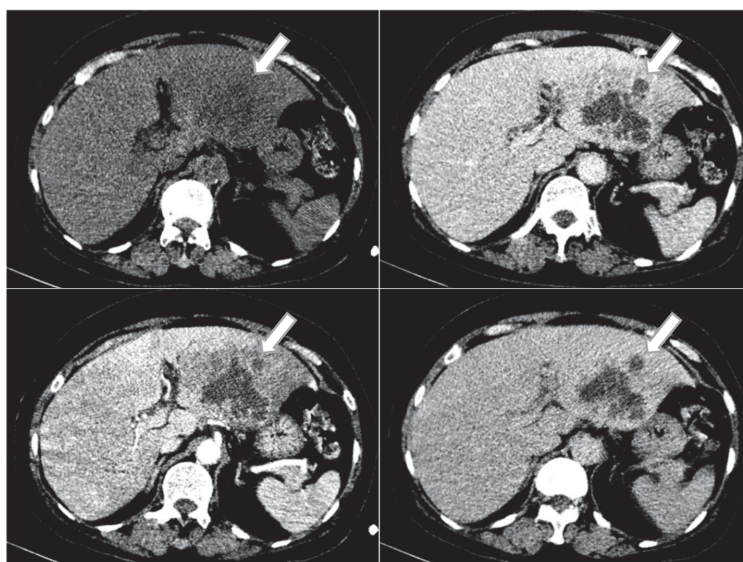
BN nữ 57 tuổi nhập viện vì đau bụng và sốt, có tiền sử tăng huyết áp và trào ngược dạ dày - thực quản. Bệnh sử kéo dài 3 tuần với triệu chứng đau bụng âm ỉ tăng dần vùng thượng vị kèm buồn nôn, thỉnh thoảng có nôn ít, chán ăn, sút cân và gần đây bị sốt nhẹ. BN đại tiện bình thường, không ớn lạnh, vàng da, đau ngực, không có các vấn đề về hô hấp và tiết niệu. Người nhà không biết và BN không nhớ có từng nuốt dị vật.

Khám lâm sàng ghi nhận các dấu hiệu sinh tồn ổn định và niêm mạc nhạt. Khám phổi không có gì đáng chú ý.

Bụng mềm, ấn đau thượng vị và gan to. Các xét nghiệm máu cho thấy thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc với hemoglobin là 9,4 g/dL, hematocrit 29%, albumin máu 25,9 g/L, tăng bạch cầu với tăng bạch cầu hạt ($23.400/\text{mm}^3$ và 83%), protein C-reactive 23 mg/dL, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, γ -glutamyl transferase, bilirubin và phosphatase kiềm trong giới hạn bình thường. Chụp X-quang ngực bình thường. Siêu âm bụng (US) cho thấy tổn thương phần âm hỗn hợp ở thùy trái gan chứa thành phần dịch và khí, bờ không đều, giới hạn kém rõ, tăng tín hiệu doppler màu ở ngoại vi tổn thương. Chụp CT có tiêm thuốc tương phản cho thấy sát bờ dưới gan trái có một cấu trúc choán chỗ lớn có kích thước khoảng $55 \times 65 \times 78\text{mm}$, đa thùy, bắt thuốc mạnh dạng viền, bên trong chứa dịch, kèm vùng phù và rối loạn tưới máu nhu mô gan xung quanh, xung quanh có vài tổn thương nhỏ với tính chất tương tự, phù hợp với áp xe trong gan trái (Hình 1). Tụy có kích thước đầu, cổ, thân và đuôi tụy lần lượt là 25mm, 34mm, 13mm và 16mm, vùng cổ tụy có mảng giảm đậm độ không đồng nhất, giới hạn kém rõ với nhu mô tụy và vùng thâm nhiễm mỡ hậu cung mạc nối kề cận, bắt thuốc kém qua các thì, ổ giảm đậm độ này giới hạn không rõ ràng với bờ dưới ổ áp xe gan trái, định hướng đến ổ viêm áp xe hóa cổ tụy và hậu cung mạc nối, liên tục với

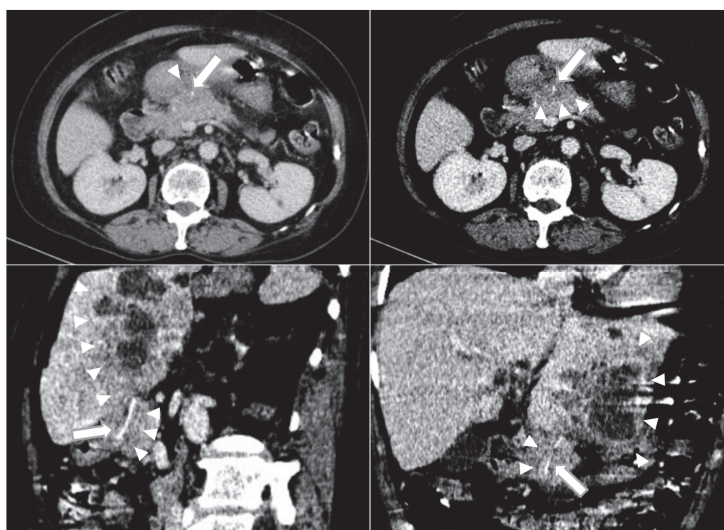
ổ áp xe gan trái (Hình 2). Bên cạnh đó, quan sát thấy thành sau hang vị thành dày phù nề kèm thâm nhiễm mỡ xung quanh các cấu trúc bất thường đã mô tả. Trên hình ảnh tái tạo đa mặt phẳng (MPR) hình chiếu cường độ tối đa (MIP) lát dày và dựng 3D CT thì không thuốc, có thể thấy rõ hình dạng dị vật dạng que trong ổ bụng, dài khoảng 30mm, nằm ở ngang mức đốt sống L2 - L3, một đầu nằm trong thành sau hang vị, xuyên qua phần nhu mô vùng cổ tụy, hậu cung mạc nối và đầu còn lại của dị vật kết thúc trong ổ áp xe ở gan trái (Hình 3).

BN được điều trị kháng sinh phổ rộng. Dưới hướng dẫn của hình ảnh CT, ổ áp xe gan đã được dẫn lưu qua da và dịch dẫn lưu được bao gồm mủ và máu. Xét nghiệm vi sinh dịch thu được âm tính. Nội soi đường tiêu hóa trên đã được thực hiện để lấy dị vật, tuy nhiên chỉ quan sát thấy hiện tượng viêm sung huyết vùng hang vị mà không tiếp cận được dị vật trong quá trình thực hiện. Sau khi hội chẩn, BN được lên chương trình mổ nội soi gấp dị vật để tránh tình trạng nhiễm trùng diễn tiến dai dẳng và/hoặc tái phát áp xe. BN sau đó được loại bỏ dị vật thành công và không có biến chứng nào xảy ra trong quá trình phẫu thuật. Dị vật thu được sau mổ được xác định là xương cá mảnh và dài 3,2cm, đúng như mong đợi nhờ hình ảnh CT trước mổ. Sau phẫu thuật, lâm sàng và các cận lâm sàng của BN cải thiện dần và được xuất viện sau 2 tuần.



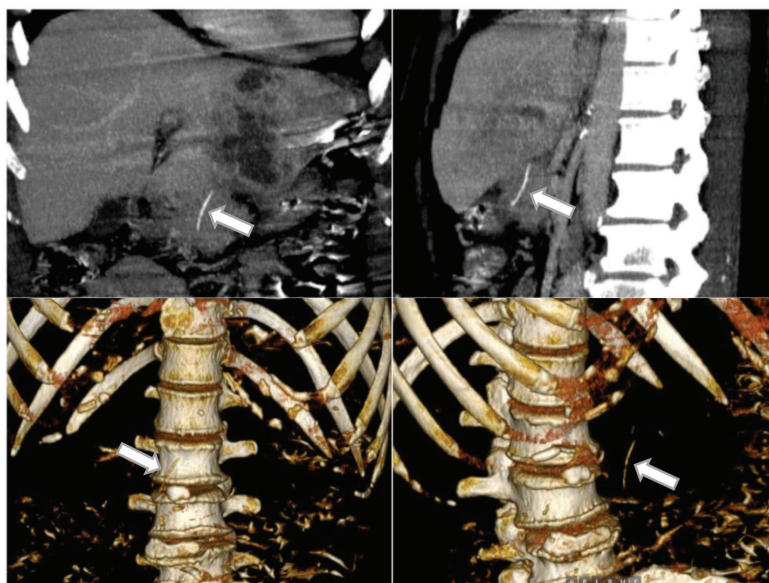
Hình 1. Áp xe gan trái.

Hình ảnh khảo sát trên CT có tiêm thuốc tương phản qua bốn thì: Thì không thuốc (A), thì động mạch (B), thì tĩnh mạch (C) và thì muộn (D). Cấu trúc choán chỗ gan trái (mũi tên) bên trong chứa dịch, kích thước khoảng $55 \times 65 \times 78\text{mm}$, hình dạng và tính chất bắt thuốc điển hình cho áp xe.



Hình 2. Sự liên quan của dị vật và thành sau hang vị, cổ tụy và gan trái.

Hình ảnh khảo sát trên CT có tiêm thuốc thì tĩnh mạch, trên mặt cắt axial (A, B), sagittal (C) và coronal (D) cho thấy hiện tượng viêm, áp xe hóa nhu mô các tạng (đầu mũi tên) liên tục từ vùng mặt sau hang vị, cổ tụy và kết thúc ở gan trái, dọc theo đường đi của dị vật (mũi tên).



Hình 3. Dị vật dạng que và vị trí tương quan với các cấu trúc trong ổ bụng. Hình ảnh CT tái tạo MPR-MIP và 3D thì không thuốc, quan sát dị vật dạng que (mũi tên) ngang mức L2-3 xuyên qua mặt sau hang vị, cổ tụy, hậu cung mạc nối và kết thúc ở ổ áp xe gan trái.

2. Trường hợp 2

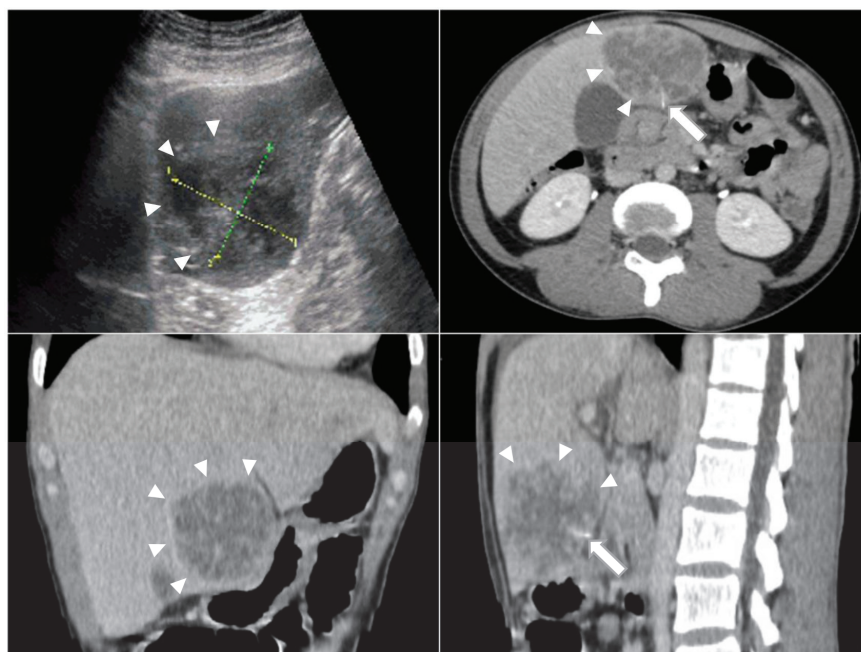
BN nam 35 tuổi nhập viện vì đau bụng và sốt, không có tiền sử đáng chú ý, không nhớ đã từng nuốt dị vật. Bệnh sử đau bụng âm ỉ từng cơn tăng dần vùng thượng vị, kéo dài khoảng 4 tuần kèm buồn nôn, chán ăn, đã có biểu hiện sốt trong 6 ngày. Chưa ghi nhận các biểu hiện khác về tiết niệu và tiêu hóa. BN đã đi khám ở một số phòng khám tư và được điều trị bằng các thuốc giảm triệu chứng và kháng sinh không rõ loại nhưng không đỡ. 2 ngày cách thời điểm nhập viện, BN bắt đầu sốt cao, kèm chóng mặt.

Khám lâm sàng thời điểm nhập viện ghi nhận BN tiếp xúc chậm, mạch

112 lần/phút, huyết áp 80/60 mmHg, nhịp thở 24 lần/phút, SpO₂ 95%, nhiệt độ đo ở nách là 39⁰C. Khám phổi không có gì đáng chú ý. Bụng mềm, ấn đau thượng vị và gan to. Các xét nghiệm máu cho thấy hemoglobin là 14,3 g/dL, hematocrit 41.9%, tăng bạch cầu với tăng bạch cầu hạt (17.000/mm³ và 87%), protein C-reactive 40 mg/dL, aspartate aminotransferase, alanine aminotransferase, γ -glutamyl transferase, bilirubin và phosphatase kiềm trong giới hạn bình thường, xét nghiệm nhanh NS1-Ag âm tính. X-quang ngực bình thường. Siêu âm bụng tại giường cho thấy tổn thương phản âm hỗn hợp ở thùy trái gan chứa thành phần dịch ưu thế, bờ đa cung, giới hạn rõ, tăng tín

hiệu doppler màu ở ngoại vi tổn thương. Chụp CT có tiêm thuốc tương phản cho thấy ở hạ phân thùy IVB, sát bờ dưới gan có một cấu trúc choán chỗ, kích thước khoảng $53 \times 62 \times 66\text{mm}$, đa thùy, bên trong chứa dịch và nhiều vách, bắt thuốc mạnh thành và vách, có rối loạn tưới máu nhẹ nhu mô gan xung quanh, phù hợp với áp xe trong gan trái. Trên hình ảnh tái tạo đa mặt phẳng (MPR) có thể thấy rõ dị vật dạng que mỏng, dài khoảng 20mm, nằm gần hoàn toàn trong ổ tổn thương gan trái đã mô tả, có một phần nhỏ lồi ra vị trí hậu cung mạc nối.

BN được thực hiện hồi sức, điều trị kháng sinh phổ rộng và dẫn lưu ổ áp xe. Dịch dẫn lưu bao gồm mủ và máu với xét nghiệm vi sinh dịch thu được âm tính, kết quả cấy máu âm tính. Sau đó, BN được lên kế hoạch mổ nội soi ổ bụng và gấp được dị vật trong ổ áp xe gan trái là một mảnh xương cá mỏng, dài 2,5cm. Trước khi kết thúc phẫu thuật, phẫu thuật viên đã kiểm tra bằng dung dịch xanh methylene và không ghi nhận lỗ thủng nào ở thành dạ dày và tá tràng kế cận. Sau mổ, tình trạng BN cải thiện dần và được xuất viện sau 3 tuần.



Hình 4. Hình ảnh siêu âm và CT áp xe gan trái do dị vật di trú.

Siêu âm cho thấy cấu trúc hồi âm hỗn hợp, bờ đa cung ở hạ phân thùy IVB của gan (A). Hình ảnh khảo sát trên CT có tiêm thuốc thì tĩnh mạch, trên mặt cắt axial (B), sagittal (C) và coronal (D) cho thấy khối áp xe (đầu mũi tên) nằm ở hạ phân thùy IVB sát bờ dưới gan trái, bên trong có dị vật cản quang dạng que (mũi tên).

BÀN LUẬN

Dị vật đường tiêu hóa đôi khi có thể xuyên thành và gây biến chứng thủng đường tiêu hóa, từ đó dẫn đến hình thành các ổ áp xe trong ổ bụng hay trong phúc mạc. Trường hợp áp xe gan do dị vật nuốt vào di trú đến gan là một biến chứng rất hiếm gặp trên lâm sàng. Mặc dù các dị vật đường tiêu hóa nói chung hầu hết đều được thải ra ngoài trong vòng một tuần và chỉ 1% gây ra biến chứng [1, 5]. Tuy nhiên, riêng đối với dị vật sắc nhọn có đến 35% nguy cơ gây biến chứng [6]. Trong đó, xương cá chiếm đến 33% nguyên nhân áp xe gan do dị vật, kể đến là tằm xỉa răng (27,3%) và xương gà (12,5%) [7].

Tần suất ít, các triệu chứng lâm sàng kém đặc hiệu và hầu hết các BN không biết hoặc không nhớ đã từng nuốt dị vật nên việc chẩn đoán bệnh lý này thường gặp khó khăn. Đa số các trường hợp không biểu hiện triệu chứng thủng đường tiêu hóa, trong suốt quá trình dị vật di trú có thể không gây ra triệu chứng gì cho đến khi nó di chuyển đến một cơ quan khác và hình thành áp xe. Đôi khi các dị vật tạo ổ viêm và áp xe trong ổ bụng trên đường di trú trước khi nó đến gan [2]. Trong ca lâm sàng số 1 của chúng tôi, dị vật xương cá đâm xuyên hang vị, hậu cung mạc nối và đầu tụy đến gan, tạo ổ viêm, áp xe hóa dọc theo đường di trú của nó và kết thúc ở ổ áp xe lớn ở gan trái.

Biểu hiện lâm sàng phổ biến của tình trạng này là sốt và đau bụng không đặc hiệu kéo dài. Ngoài ra, BN có thể đến khám muộn hơn với tình trạng nặng như nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng như ca lâm sàng số 2 chúng tôi vừa báo cáo. Xét nghiệm máu có thể nổi bật lên tình trạng viêm nhiễm mà không thay đổi các chỉ số liên quan đến chức năng hệ thống gan - mật.

Đối với áp xe gan, siêu âm bụng được công nhận là một phương tiện hình ảnh học rất giá trị đầu tay trong đánh giá, kể cả áp xe do vi khuẩn hay kí sinh trùng với độ nhạy cao [8, 9]. Tuy nhiên, độ hồi âm trong áp xe, cũng như độ hồi âm và hình dạng của dị vật rất thay đổi, do đó việc xác định được dị vật bên trong tổn thương áp xe bằng siêu âm ban đầu là rất khó khăn, đặc biệt với các dị vật nhỏ và mỏng.

Hai ca lâm sàng của chúng tôi đều có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, không khai thác được tiền căn nuốt dị vật, các xét nghiệm cũng gợi ý có tình trạng nhiễm trùng nhưng không gợi ý được nguyên nhân hay cơ quan đích bị tổn thương. Ở cả hai ca bệnh, siêu âm ban đầu đều xác định được tổn thương áp xe nhưng không nhận ra được dị vật bên trong.

CT bụng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định và định hướng điều trị bởi độ nhạy cao trong đánh giá dị vật ở sâu và có vai trò chẩn đoán phân biệt được áp xe với các u khác của gan [9, 10]. CT có tiêm thuốc cản quang cũng đặc biệt nhạy trong phát hiện các thay đổi viêm trong ổ bụng. Tuy nhiên, ở các BN của chúng tôi, có lẽ do BN đến trễ khi ổ áp xe đã hình thành và lỗ thủng thành dạ dày đã tự bít lại nên hình ảnh CT không biểu hiện hình ảnh viêm phúc mạc rõ ràng như thâm nhiễm mỡ, dày và tăng quang lá phúc mạc, cũng không phát hiện khí hoặc dịch tự do trong ổ bụng. Ngoài ra, ổ áp xe ở gan không khác gì so với áp xe gan do vi trùng hay ký sinh trùng sán lá. Điểm mấu chốt ở đây là phát hiện được dị vật có liên quan trực tiếp đến ổ áp xe. Các dị vật trong hai ca lâm sàng của chúng tôi được xác định là xương cá, có tính chất cản quang nên dễ dàng được phát hiện bởi chụp CT ngay trên thì không thuốc, đặc biệt dưới sự hỗ trợ của các kỹ thuật dựng hình đa mặt phẳng MPR, MIP lát dày và 3D làm nổi bật rõ hình dáng dị vật và dự đoán được chính xác vị trí của chúng. Bên cạnh đó, chụp CT còn có thể chẩn đoán các biến chứng mà nó gây ra trên đường di trú, ví dụ như viêm và áp xe các cơ quan khác, giúp hỗ trợ định hướng điều trị [9].

KẾT LUẬN

Áp xe gan do dị vật đường tiêu hóa di trú là một tình trạng bệnh hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm do triệu chứng lâm sàng, tiền sử và cận lâm sàng không đặc hiệu, dẫn tới chẩn đoán chậm trễ và nguy hiểm. Việc lấy bỏ dị vật kết hợp dẫn lưu ổ áp xe và kháng sinh là biện pháp quan trọng điều trị khỏi bệnh. CT bụng là một phương tiện hình ảnh học chẩn đoán chọn lựa cho các trường hợp này do cung cấp được các thông tin chi tiết về dị vật và các biến chứng liên quan, góp phần lớn trong định hướng điều trị và tiên lượng.

Đạo đức nghiên cứu: Các dữ liệu đã được Bệnh viện Quân y 175 cho phép sử dụng để thực hiện nghiên cứu và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hunter TB and MS Taljanovic. Foreign bodies. *Radio Graphics*. 2003; 23:731-757.
2. Yu W, et al. Hepatic abscess secondary to stomach perforation by a fish bone: A rare cause of hepatic abscess. *Annals of Hepatology*. 2018; 17(5):880-883.
3. Goh BKP, et al. Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg*. 2006; 30:372-377.

4. Santos SA, et al. Hepatic abscess induced by foreign body: Case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2007; 13(9):1466-1470.
5. Sharma S and V Ahuja. Liver abscess: Complications and treatment. *Clinical Liver Disease*. 2021; 18(3): 122-126.
6. Pugmire BS, R Lim, and LL Avery. Review of ingested and aspirated foreign bodies in children and their clinical significance for radiologists. *Radio Graphics*. 2015; 35:1528-1538.
7. Chong LW, et al. Successful treatment of liver abscess secondary to foreign body penetration of the alimentary tract: A case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(13):3703-3711.
8. Simoni P, et al. American college of radiology (ACR) appropriateness criteria and EURO-2000 guidelines offer limited guidance for MRI imaging of pediatric patients. *Acad Radiol*. 2023; 30(9):1991-1999.
9. Roediger R and M Lisker-Melman. Pyogenic and amebic infections of the liver. *Gastroenterol Clin N Am*. 2020; 49:361-377.
10. Carneiro BC, et al. Multimodality imaging of foreign bodies: New insights into old challenges. *Radio Graphics*. 2020; 40:1965-1986.