

THOÁT VỊ THÀNH BỤNG BÊN BẮM SINH HIỂM GẤP: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Thị Lan¹

Tào Mạnh Châu¹

Đỗ Hải Đăng¹

Chu Minh Phúc¹

Nguyễn Minh Tiến²

Dương Xuân Tùng²

¹ Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

² Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả chịu trách nhiệm:

Nguyễn Thị Lan

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email:

dr.nguyenlanvd@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị thành bụng bên (Lateral abdominal wall hernia – LAWH) bẩm sinh là một tình trạng rất hiếm gặp.

Báo cáo ca bệnh: Chúng tôi trình bày một trường hợp bệnh nhân nam 55 tuổi có khối ở thành bụng bên phát hiện từ khi sơ sinh, đến khám vì đau thường xuyên và tăng dần lên, qua thăm khám được chẩn đoán là thoát vị thành bụng bên và tinh hoàn phải lạc chỗ trong ổ bụng. Vị trí của khối thoát vị khác với những mô tả kinh điển trước đây như thoát vị Spigelian, thoát vị thắt lưng. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trong ổ bụng, cắt tinh hoàn phải lạc chỗ bên phải. Quá trình hậu phẫu bệnh nhân không có gì bất thường và ra viện sau 3 ngày phẫu thuật.

Kết luận: Thoát vị thành bụng bên là một bệnh lý hiếm gặp. Điều trị bằng phẫu thuật nội soi mang lại kết quả tốt.

Từ khóa: Thoát vị thành bụng, thoát vị thành bụng bên, phẫu thuật nội soi

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị thành bụng là một trong những bệnh lý ngoại khoa phổ biến nhất toàn cầu, với ước tính khoảng 20 triệu ca phẫu thuật được thực hiện mỗi năm.[1] Thoát vị thành bụng thường xảy ra ở vị trí thành bụng trước, các loại thoát vị phổ biến như thoát vị bẹn, thoát vị rốn có thể được chẩn đoán dễ dàng dựa vào vị trí của chúng. [2] Thoát vị thành bụng bên là một bệnh cảnh rất hiếm gặp, vị trí khối thoát vị khác với mô tả về một số thoát vị thành bụng bẩm sinh hiếm gặp khác như thoát vị thắt lưng hoặc thoát vị Spigelian. [2] Nhân một trường hợp được chẩn đoán thoát vị thành bụng bên bẩm sinh hiếm gặp tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được tiến hành phẫu thuật đặt tấm lưới

nhân tạo trong ổ bụng, chúng tôi muốn điểm lại các y văn liên quan đến mặt bệnh hiếm thấy này.

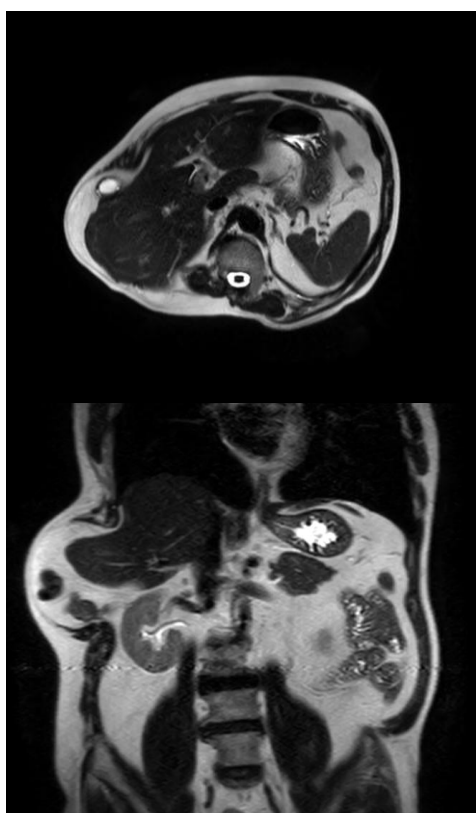
2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam 55 tuổi, tiền sử thoát vị thành bụng bên bẩm sinh, vẹo cột sống, dị tật cột sống bẩm sinh, ẩn tinh hoàn (P) chưa can thiệp gì, không có tiền sử chấn thương bụng. Bệnh nhân đến viện vì khối ở dưới sườn phải đau nhiều và tăng dần lên, khám lâm sàng: khối nằm ngay dưới bờ sườn phải ở đường nách giữa, tròn, mật độ mềm kích thước 8x10 cm, ấn thấy tức, nghiệm pháp Valsalva không thay đổi kích thước (hình 1), tinh hoàn phải không sờ thấy trong bìu, tinh hoàn trái bình thường. Các xét nghiệm cơ bản nằm trong giới hạn bình thường.



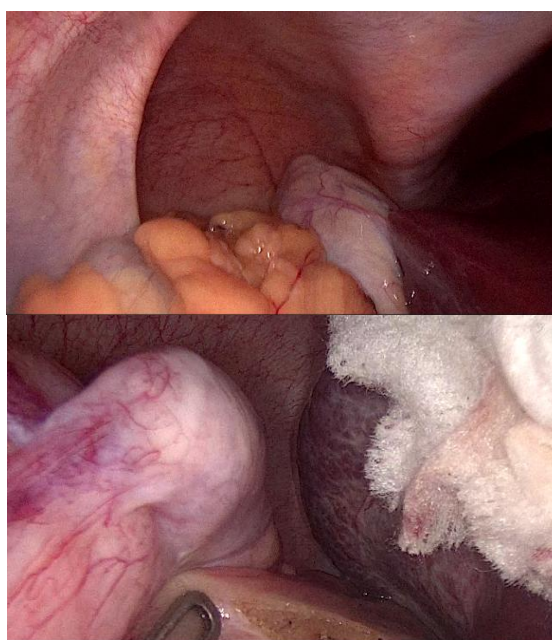
Hình 1: Hình ảnh khối thoát vị

Kết quả công hưởng từ: Cơ chéo bụng ngoài, cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng có hình dạng mảnh, yếu gây thoát vị các tạng lân cận bao gồm 1 phần nhu mô gan, túi mật và đại tràng góc gan. Kích thước vùng thoát vị 66x84x89mm, cổ khối thoát vị 80mm (Hình 2). Hình ảnh cong vẹo cột sống ngực và thắt lưng, dị dạng chẻ đôi thân đốt sống D10.



Hình 2: Hình ảnh cộng hưởng từ

Chẩn đoán: Thoát vị thành bụng bên (P) bẩm sinh – Tinh hoàn phải lạc chỗ. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi, đặt 1 trocar ở thượng vị, 1 trocar ở thành bụng bên và 1 trocar ở đường rạch bên phía dưới vị trí thoát vị. Mô tả trong mổ: Ổ bụng khô sạch, phúc mạc nhẵn. Thoát vị lớn thành bụng (P) kích thước 10x15cm, nội dung bên trong là gan, túi mật, đại tràng góc gan và túi mật (hình 3). Nhu mô gan trong khối thoát vị bị teo nhỏ. Tinh hoàn lạc chỗ nằm trong ổ bụng phải sát vị cổ bao thoát vị (hình 4). Do kích thước khối thoát vị lớn, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trong phúc mạc (IPOM), sử dụng lưới 25*20 cm, cố định bằng chỉ prolene 3/0 và protack 5mm; bóc lộ bó mạch thường tinh và cắt tinh hoàn lạc chỗ (P). Phẫu thuật kéo dài 125 phút và hậu phẫu không có biến chứng. Hiện tại bệnh nhân ra viện ổn định và không có dấu hiệu thoát vị tái phát.



Hình 3: Tổn thương trong ổ Hình 4: Hình ảnh tinh hoàn lạc chỗ



Hình 5: Hình ảnh sau đặt tấm lưới nhân tạo

3. BÀN LUẬN

Theo Hiệp hội Thoát vị Châu Âu, dựa vào vị trí của khối thoát vị, thoát vị thành bụng bẩm sinh được chia làm bốn loại: hai loại thoát vị đường giữa (thượng vị và rốn) và hai loại thoát vị bên (Spighelian và thắt lưng) [2]. Trường hợp của chúng tôi là một thoát vị thành bụng bên, tuy nhiên vị trí khối thoát vị lại khác với mô tả về thoát vị Spigelian và thoát vị thắt lưng.

Thoát vị Spigelian là một thoát vị bẩm sinh hiếm gặp (1-2% tổng số các loại thoát vị), mô tả bởi sự nhô ra của mô mỡ trước phúc mạc, túi phúc mạc hoặc các cơ quan trong ổ bụng qua một khiếm khuyết bẩm sinh hoặc mắc phải ở màng gân của cơ ngang bụng giới hạn bởi đường bán nguyệt ở phía ngoài và mép ngoài của cơ thẳng bụng phía trong [3].

Thoát vị thắt lưng được phân hai loại theo vị trí: thoát vị thắt lưng trên (Grynfeltt) nằm trong tam giác thắt lưng trên và thoát vị thắt lưng dưới (Petit) nằm trong tam giác thắt lưng dưới.[4] Tam giác thắt lưng trên được giới hạn bởi cơ vuông thắt lưng ở phía trong, bờ sau của cơ chéo trong ở phía dưới và xương sườn thứ 12 ở phía trên. Tam giác thắt lưng dưới được giới hạn bởi mào chậu ở phía dưới, cơ lưng rộng ở phía trong và cơ chéo ngoài ở phía ngoài.

Ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân đến với khối thoát vị nằm ngay dưới bờ sườn phải, ở đường nách giữa. Qua phim chụp cộng hưởng từ ghi nhận thoát vị hình thành có thể do sự khiếm khuyết của cơ chéo trong và cơ ngang bụng, khối thoát vị ra ngoài là gan, đại tràng góc gan và mạc nối. Tổn thương này khác biệt hoàn toàn với các mô tả kinh điển trên. Trong y văn đến nay chỉ có 60 trường hợp tương tự được mô tả, các tác giả gọi chung là thoát vị thành bụng bên bẩm sinh (Lateral abdominal wall hernia – LAWH) [5].

Nguyên nhân của bệnh được cho là bất thường bẩm sinh liên quan đến quá trình phát triển phôi thai. Bất thường đã được báo cáo là có thể đi kèm với những dị dạng xương khác, chẳng hạn như hội chứng thắt lưng–sườn–đốt sống (lumbo-costovertebral syndrome), cũng như dị tật cột sống, không hậu môn, dị tật tim, rò khí–thực quản, bất thường thận, và dị dạng chi.[6, 7] Chúng tôi cũng phát hiện được bất thường cong vẹo cột sống ngực và thắt lưng, dị dạng chẻ đôi thân đốt sống D10, cũng như tinh hoàn nằm trong ổ bụng ở ca bệnh này (hình 6). Chính vì vậy, mặc dù lâm sàng và siêu âm có thể phát hiện được tổn thương nhưng các tác giả khuyến cáo tầm soát toàn thân bằng CT/MRI để phát hiện các dị tật phối hợp, siêu âm tim sàng lọc bất thường [5].



Hình 6 : Tổn thương bất thường cột sống kèm theo

Vì tính hiếm gặp của bệnh, nên hiện nay chưa có sự thống nhất trong điều trị, tuy nhiên có khuyến cáo nên phẫu thuật điều trị trước 1 tuổi vì thoát vị thành bụng bên có thể đi kèm cùng các dị tật bẩm sinh kể trên [8]. Trong ca lâm sàng này, mục đích phẫu thuật chủ yếu là xử lý khối thoát vị thành bụng bên vì gây đau và cắt khối tinh hoàn lạc chỗ nằm trong ổ bụng.

Đã có các báo cáo về việc phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị thành bụng bên có nhiều lợi ích [5, 9, 10], kỹ thuật nội soi đặt tấm lưới trong phúc mạc (IPOM) điều trị thoát vị thành bụng cũng cho kết quả tốt trong các nghiên cứu gần đây.[11] Chính vì vậy chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới trong phúc mạc kèm cắt khối tinh hoàn lạc chỗ trong ổ bụng để điều trị cho bệnh nhân này. Kết quả gần bệnh nhân được ra viện chỉ 3 ngày sau phẫu thuật mà không ghi nhận bất thường gì xảy ra, hẹn khám lại định kỳ để đánh giá lại tổn thương sau điều trị. Nhược điểm chính của nghiên cứu là đây chỉ là ca lâm sàng, dẫn đến hạn chế trong việc khái quát hóa kết quả. Tuy vậy, đây là ca bệnh hiếm gặp và cần các nghiên cứu chùm

ca bệnh liệt kê các nghiên cứu đơn lẻ để tăng cường giá trị bằng chứng khoa học.

4. KẾT LUẬN

Thoát vị thành bụng bên là một bệnh lý hiếm gặp. Nguyên nhân được cho là do bẩm sinh từ thời kỳ phôi thai có thể đi kèm với các dị tật bẩm sinh khác. Điều trị bằng phẫu thuật nội soi mang lại kết quả tốt. Cần các nghiên cứu tổng hợp với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả.

ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Mọi thông tin định danh cá nhân (họ tên, mã số bệnh án, địa chỉ) đã được ẩn danh trước khi công bố. Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nội dung của nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*. 2003;362(9395):1561-1571. doi:10.1016/S0140-6736(03)14746-0
2. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. 2009;13(4):407-414. doi:10.1007/s10029-009-0518-x
3. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*. 2006;72(1):42-48.
4. Myers RS, Zollinger R. Gastrointestinal symptoms and inguinal hernia. *N Engl J Med*. 1942;227(18):660-661.
5. Chawla S, Charan A. Congenital lateral abdominal wall hernia. *Indian J Radiol Imaging*. 2024;34(2):377-379.
6. Harris K, Dorn C, Bloom B. Lumbocostovertebral syndrome with associated VACTERL anomalad: a neonatal case report. *J Perinatol*. 2009;29(12):826-827.

7. Mansy M, Kotb M, Abouheba M. Congenital lumbar hernia in an 8-month-old boy. *Case Rep Gastroenterol.* 2021;15(1):431-435. doi:10.1159/000511006
8. Montes-Tapia F, et al. Congenital lateral abdominal wall hernia. *Pediatr Int.* 2016;58(8):788-790. doi:10.1111/ped.12976
9. Castillo-Sang M, Gociman B, Almaroof B, Fath J, Cason F. Non-traumatic lateral abdominal wall hernia. *Hernia.* 2009;13(3):317-321. doi:10.1007/s10029-008-0437-2
10. Hope WW, Hooks WB 3rd. Atypical hernias: suprapubic, subxiphoid, and flank. *Surg Clin North Am.* 2013;93(5):1135-1162. doi:10.1016/j.suc.2013.06.002
11. Dương TH. Kết quả của phẫu thuật nội soi đặt lưới trong phúc mạc (IPOM và IPOM Plus) điều trị thoát vị thành bụng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;554(1).

ABSTRACT

RARE CONGENITAL LATERAL ABDOMINAL WALL HERNIA: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Introduction: Congenital lateral abdominal wall hernia (LAWH) is an extremely rare condition.

Case presentation: We report the case of a 55-year-old male with a lateral abdominal wall mass present since birth, who presented with frequent and progressively worsening pain. Clinical evaluation led to the diagnosis of a lateral abdominal wall hernia associated with an intra-abdominal undescended right testis. The location of the hernia differed from previously described classic entities, such as Spigelian hernia and Lumbar hernia. The patient underwent laparoscopic repair with placement of a prosthetic mesh and right orchiectomy for the intra-abdominal undescended testis. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day 3.

Conclusion: Lateral abdominal wall hernias are rare, and laparoscopic repair has demonstrated excellent clinical results.

Keywords: Ventral hernia, lateral abdominal wall hernia, Laparoscopy.