

TẮC RUỘT DO THOÁT VỊ BỊT: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Lê Đăng Trình¹✉, Trương Đình Khôi¹, Nguyễn Thanh Xuân²

¹Khoa Ngoại tổng quát, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa

²Khoa Ngoại Nhi - Cấp cứu Bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bịt là bệnh lý hiếm gặp, thường xuất hiện trong bối cảnh tắc ruột. Bệnh thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi và già. Chẩn đoán xác định khó và phẫu thuật thường muộn.

Ca lâm sàng: 2 trường hợp nữ tắc ruột cơ học, được chẩn đoán trong mổ thoát vị bịt nghẹt gây hoại tử ruột non.

Kết luận: Thoát vị bịt là bệnh lý hiếm gặp, khó chẩn đoán do lâm sàng mơ hồ, thường chẩn đoán trong mổ. Chụp cắt lớp vi tính có giá trị trong chẩn đoán. Phẫu thuật nội soi có thể ứng dụng trong điều trị.

Từ khóa: Tắc ruột, thoát vị, lỗ bịt.

ABSTRACT

INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO OBSTURATOR HERNIA: TWO CASES REPORT AND LITERATURE REVIEW

Le Dang Trinh¹✉, Truong Dinh Khoi¹, Nguyen Thanh Xuan²

Introduction: Obturator hernia is a rare cause of intestinal obstruction and a diagnostic challenge. It is frequently found in thin and elderly women. Delayed diagnosis and surgical intervention causes high morbidity and mortality.

Case reports: this report presents two cases of female patients with a small bowel obstruction caused by obturator hernia.

Conclusion: Obturator hernia is a rare abdominal hernia and is usually perioperatively found because of its nonspecific clinical symptoms. CT scan is valuable to establish a perioperative diagnosis. Laparoscopic surgical approach could be used in uncomplicated cases.

Key words: Intestinal obstruction, incarcerated hernia, obturator orifice

Ngày nhận bài:

12/03/2022

Ngày chỉnh sửa:

12/4/2023

Chấp thuận đăng:

21/04/2022

Tác giả liên hệ:

Lê Đăng Trình

Email:

ledangtrinh234@gmail.com

SĐT: 0822991384

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị lỗ bịt là bệnh lý hiếm gặp, là tình trạng tạng trong ổ bụng thoát vị qua lỗ bịt. Trường hợp đầu tiên được Arnaud de Ronsil báo cáo năm 1724. Năm 1851, Obre lần đầu tiên phẫu thuật điều trị thoát vị bịt. Bệnh lý thường gặp ở phụ nữ với tỷ lệ 9:1 so với nam giới, do cấu trúc lỗ bịt ở phụ nữ rộng hơn do tiểu khung lớn hơn so với nam giới. Thoát vị

bịt còn được gọi là “thoát vị của phụ nữ lớn tuổi và già” vì chủ yếu gặp ở phụ nữ 70 - 80 tuổi [1]. Bệnh thường được phát hiện trong bối cảnh lâm sàng của tắc ruột. Chẩn đoán lâm sàng thường khó khăn vì các triệu chứng lâm sàng thường không rõ ràng.

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp thoát vị bịt gây tắc ruột tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa và điểm lại y văn trên thế giới để rút ra thái độ xử trí chính xác hơn

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trường hợp 1:

Bệnh nhân nữ, 92 tuổi, nhập viện cấp cứu vì đau bụng từng cơn ngày càng tăng dần cách nhập viện một ngày kèm nôn ói, không đại tiện được, bụng chướng. Không tiền sử phẫu thuật ổ bụng.

Lúc vào viện, bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt; tổng trạng gầy yếu, chiều cao: 1,45 m, cân nặng: 32 kg, BMI: 15,21 kg/m²; mạch: 89 lần/phút; huyết áp: 120/70 mmHg; thân nhiệt: 37°C; bụng chướng, quai ruột nổi; ấn đau lan tỏa toàn bụng, phản ứng thành bụng âm tính; gõ vang; âm ruột tăng.

Bệnh nhân được chụp X-quang bụng không chuẩn bị với kết quả hình ảnh mức nước hơi ruột non. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng không có thuốc tương phản: hình ảnh tắc ruột non, quai ruột non chui qua lỗ bịt trái.

Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do thoát vị lỗ bịt trái nghẹt và xử trí bằng nhịn ăn uống hoàn toàn, đặt thông dạ dày, dịch truyền, kháng sinh dự phòng (Cephalosporin IV).

Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu. Phương pháp mổ: Quai hồi tràng cách góc hồi manh tràng 20 cm chui vào lỗ bịt trái nghẹt, thoát vị dạng Richter, thành quai ruột đã hoại tử. Cắt đoạn ruột hoại tử 10

cm. Nối hồi - hồi tràng bên - bên. Khâu màng lỗ bịt. Dẫn lưu ổ bụng.

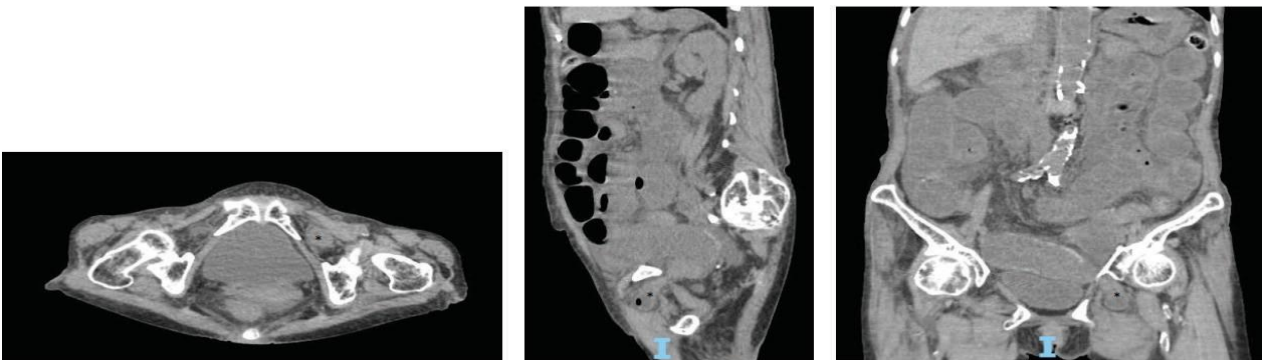
Hậu phẫu, bệnh nhân được dùng kháng sinh phổ rộng (Tienam), nuôi dưỡng tĩnh mạch, giảm đau. Bệnh nhân hậu phẫu ổn định và xuất viện sau mổ 10 ngày.



Hình 1: X-quang bụng: hình ảnh tắc ruột non



Hình 2: Chụp CLVT (mặt cắt sagittal và axial): quai ruột non (dấu sao màu đen) thoát vị qua lỗ bịt trái



Hình 3: Chụp CLVT (mặt cắt axial, sagittal và coronal): quai ruột non (dấu sao màu đen) thoát vị qua lỗ bịt trái.

Trường hợp 2:

Bệnh nhân nữ, 86 tuổi, không tiền sử phẫu thuật bụng, khởi bệnh với đau bụng quặn từng cơn, không đại tiện 5 ngày, bụng chướng dần. Khám lâm sàng lúc vào viện: tỉnh táo, tiếp xúc tốt; tổng trạng gầy yếu, chiều cao: 1,55 m, cân nặng: 40 g, BMI: 16,64 kg/m²; mạch: 90 lần/phút; huyết áp: 110/80 mmHg; thân nhiệt: 38^o2 C; da, niêm mạc nhạt; bụng chướng, quai ruột nổi; ấn đau bụng quanh rốn và vùng bên trái, phản ứng thành bụng âm tính; gõ vang; âm ruột tăng. Xét nghiệm máu ngoại vi cho thấy thiếu máu nặng (Hb 66 g/L).

Bệnh nhân được chụp X-quang bụng không chuẩn bị cho thấy hình ảnh mức nước hơi ở ruột non. Chụp CLVT bụng không có thuốc tương phản với hình ảnh tắc ruột non, quai ruột non chui qua lỗ bịt trái.

Với chẩn đoán xác định tắc ruột do thoát vị lỗ bịt trái nghẹt, bệnh nhân được xử trí với nhịn ăn uống hoàn toàn, đặt thông dạ dày, dịch truyền, kháng sinh dự phòng (Cephalosporin IV) và chỉ định mổ cấp cứu.

Phương pháp mổ: Quai hồi tràng cách góc hồi manh tràng 30 cm chui vào lỗ bịt trái nghẹt, giải phóng quai ruột thoát vị ghi nhận thành quai ruột đã hoại tử. Cắt đoạn ruột hoại tử. Nối hồi - hồi tràng tận - tận. Khâu màng lỗ bịt. Dẫn lưu ổ bụng.

Sau 12 ngày điều trị hậu phẫu với kháng sinh Cephalosporin, nuôi dưỡng tĩnh mạch, giảm đau, bệnh nhân ổn định và xuất viện.

III. BÀN LUẬN

Thoát vị bịt là bệnh lý hiếm gặp, thường được chẩn đoán trong bệnh cảnh đã biến chứng tắc ruột. Thoát vị bịt chiếm khoảng 0.073% các thoát vị và 0,4% các nguyên nhân tắc ruột [2]. Thoát vị bịt được Arnaud de Ronsil báo cáo lần đầu tiên năm 1724. Năm 1851, Obre lần đầu tiên phẫu thuật thành công thoát vị bịt [1]. Tuy nhiên theo các tác giả Pháp, ca bệnh đầu tiên được ghi nhận bởi Lemaire (Strasbourg) năm 1718. Cho đến năm 1995, ở Pháp chỉ ghi nhận 655 trường hợp thoát vị bịt, chiếm 0,05 - 1,4% các trường hợp thoát vị được phẫu thuật; và 0,2 - 1,6% các trường hợp tắc ruột.

Thoát vị bịt còn được gọi là “thoát vị của phụ nữ lớn tuổi và gầy” vì chủ yếu gặp ở phụ nữ 70 - 80 tuổi và gầy còm suy kiệt. Từ năm 1977 đến 2001, Hennekinne - Mucci S. và cộng sự (cs) chỉ ghi nhận được 17 bệnh nhân thoát vị bịt, trong đó 16 nữ (94%) và 1 nam. Tuổi trung bình 81 (51 - 98 tuổi). Cân nặng trung bình 39,4kg (34 - 47 kg) [3].

Lỗ bịt nằm ở tiểu khung, được bao bọc bởi màng

lỗ bịt trừ phần trước trên. Qua lỗ bịt, thần kinh, động mạch và tĩnh mạch bịt đi từ khung chậu xuống đùi. Ống bịt dài 2 - 3 cm, rộng khoảng 1 cm, được bao bởi lớp mỡ tiền phúc mạc. Ống bịt là một cấu trúc mở ra phía trên màng bịt. Thể trạng gầy sút và tuổi già khiến màng mỡ quanh ống bịt biến mất, tạo ra một khoảng rộng mà tạng có thể chui vào.

Gầy là một yếu tố hỗ trợ hình thành thoát vị bịt. Giảm lượng mỡ cơ thể làm biến mất lớp mỡ trước phúc mạc. Khi đó, phúc mạc không còn được cố định vào thành chậu mà có xu hướng trượt dần vào ống bịt và hình thành nên túi phúc mạc thoát vị. Ngoài ra, cơ chế có thể do sự lỏng lẻo của tổ chức liên kết vùng sàn chậu cùng với tuổi già, tăng áp lực khoang bụng và sinh đẻ nhiều. Tạng trong ổ bụng chui qua ống bịt và xoắn nghẹt gây biến chứng tắc ruột. Theo các tác giả, thoát vị bịt thường gặp ở phụ nữ là do cấu tạo khung chậu phụ nữ rộng và nằm hơn nam giới nên tạng ổ bụng dễ đi xuống.

Gray mô tả 3 giai đoạn hình thành nên thoát vị bịt: (1) Mỡ trước phúc mạc tại lỗ trong phía chậu của ống bịt hình thành như một điểm yếu dẫn đường. (2) Phúc mạc tại vị trí này ngày càng lún sâu và dần hình thành nên một túi thoát vị. (3) Cuối cùng triệu chứng của thoát vị bắt đầu khi tạng trong ổ phúc mạc chui vào túi thoát vị, nếu bị xoắn nghẹt thì gây ra tình trạng thoát vị bịt nghẹt.

Tạng thoát vị thường gặp là ruột non, nhưng cũng có trường hợp ghi nhận đại tràng, mạc nối lớn, buồng trứng hoặc ruột thừa. Bên phải thường gặp hơn bên trái. Hennekinne - Mucci S. ghi nhận 11/17 trường hợp bên phải, 6/17 bên trái [3]. Thoát vị bịt 2 bên được ghi nhận trong 6% các trường hợp [4]. Một số trường hợp phối hợp với thoát vị đùi nghẹt (13%) [1]. Tạng thoát vị bị nghẹt sẽ bị thiếu máu nuôi, sau đó hoại tử và thủng. Tỷ lệ hoại tử phải cắt nối đoạn ruột trong thoát vị bịt lên đến 25 - 75%.

Hai trường hợp của chúng tôi đều là phụ nữ, 86 và 92 tuổi, thể trạng gầy còm với BMI < 17.

Những triệu chứng ban đầu có thể gặp như trong bệnh cảnh tắc ruột như đau bụng, nôn ói, mệt mỏi. Biểu hiện lâm sàng của thoát vị bịt thường không đặc hiệu do đó chẩn đoán thường khó khăn và muộn, thậm chí được chẩn đoán trong mổ tắc ruột cơ học hoặc viêm phúc mạc. Theo y văn, thời gian chẩn đoán muộn đối với những ca mổ sống khoảng 2,2 ngày và 5,1 ngày đối với các ca tử vong sau mổ [1]. Theo Hennekinne - Mucci S. và cs, thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến khi phẫu thuật là 5,3 ngày [3]. Thoát vị bịt thường diễn tiến mơ hồ và

biểu hiện với dấu hiệu tắc ruột không điển hình, đôi khi thường khởi phát trước đó bằng những đợt bán tắc ruột sau đó tự tháo. Theo Hennekinne - Mucci S. và cs, tỷ lệ diễn tiến với những đợt bán tắc là 23,5% [3]. Theo các ghi nhận trong y văn là 11,8 - 34,7%.

Dấu Howship - Romberg là triệu chứng lâm sàng điển hình của thoát vị bịt (đau tăng khi kéo và dạng chân bên phía bị thoát vị, đau những vùng thần kinh bịt chi phối do thần kinh bị chèn ép bởi tổ chức túi thoát vị). Triệu chứng này chỉ xuất hiện ở 15 - 50% các trường hợp [4]. Theo Hennekinne - Mucci S. và cs, dấu Howship - Romberg chỉ xuất hiện ở 23,5% [3]. Ngoài ra, dấu Hannington - Kiff (mất phản xạ khép của đùi do khối thoát vị chèn ép thần kinh bịt) cũng có thể xuất hiện trên bệnh nhân thoát vị bịt. Dấu hiệu Hannington - Kiff đặc hiệu hơn nhưng thường ít gặp hơn dấu Howship - Romberg. Hoặc đôi khi, khối bất thường sờ được ở vùng âm đạo và hậu môn cũng đủ để cảnh báo cho chẩn đoán của một thoát vị bịt.

Do triệu chứng nghèo nàn, mơ hồ, chẩn đoán thoát vị bịt thường muộn và thường được xác định trong mổ hở hoặc mổ nội soi. Chẩn đoán xác định trước mổ chỉ 10 - 30% và tỉ lệ tử vong 11 - 70% [3,4]. Trong nghiên cứu của Hennekinne - Mucci, chẩn đoán trước mổ có 4 trường hợp (3/3 trường hợp được chụp cắt lớp vi tính phát hiện mức nước hơi ở vùng dưới mu, 1 trường hợp dấu Howship - Romberg kèm hình ảnh mức hơi ở vùng dưới mu trên phim X-quang bụng đứng) và tỉ lệ tử vong: 6/17 bệnh nhân (35,3%) [3].

Theo Cusimano, thoát vị bịt nghẹt thường gặp dạng thoát vị Richter. Dạng thoát vị này được định nghĩa là một thoát vị vùng bụng mà chỉ một phần thành ruột (chủ yếu ruột non) chui vào trong lỗ thoát vị và bị nghẹt. Vấn đề này đã được Fabricius Hildanus ghi nhận qua một trường hợp năm 1598 và báo cáo năm 1606. Nhưng đến năm 1778, August Gottlieb Richter mới đưa ra định nghĩa khoa học cho hiện tượng này [2,4]. Nhiều nghiên cứu hồi cứu cho thấy dạng thoát vị này có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao hơn. Hiện tượng nghẹt một phần thành ruột dẫn đến tình trạng thiếu máu và hoại tử nhanh, gây ra thủng ruột.

Trong 2 trường hợp báo cáo của chúng tôi, trường hợp 1 là dạng thoát vị Richter.

Nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh được áp dụng trong chẩn đoán bệnh lý này như Xquang bụng không chuẩn bị, siêu âm, chụp CLVT... Siêu âm thường là phương tiện sử dụng đầu tiên trong

chẩn đoán cận lâm sàng ở bệnh nhân tắc ruột, và đôi khi phát hiện được dấu hiệu quai ruột chướng hơi và cố định ở vùng lỗ bịt. Dấu hiệu siêu âm ruột hoại tử là hình ảnh thành ruột dày, đường kính giãn và có dịch tiết tự do trong bao túi thoát vị. Ngoài ra, Doppler có thể xác định sự giảm hồi lưu dòng máu của quai ruột nghẹt. Tuy nhiên, đối với thoát vị bịt ở sâu trong tiểu khung, những dấu hiệu siêu âm này không dễ chẩn đoán [5]. Xquang bụng có thể giúp chẩn đoán thông qua các dấu hiệu gián tiếp, tuy nhiên khó khăn.

Chụp cắt lớp vi tính đã phát hiện ca thoát vị bịt đầu tiên năm 1983 và vẫn được xem là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất đối với thoát vị bịt [4]. Hennekinne - Mucci chụp CLVT trước mổ 3 trường hợp và cả 3 đều chẩn đoán được thoát vị bịt trước mổ [3]. Nasir B.S. và cs hồi cứu các trường hợp thoát vị bịt tại Trung tâm Mayo Clinic (Rochester, Hoa Kỳ) từ năm 1950 đến 2008, trong 30 bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu thoát vị vệt nghẹt, 10 bệnh nhân được chụp CLVT trước mổ, 10 bệnh nhân được chẩn đoán xác định trước mổ, trong đó 9/10 bệnh nhân được chẩn đoán trên chụp CLVT, chỉ 1/10 bệnh nhân được chụp CLVT nhưng không được chẩn đoán ra bệnh [6]. Theo nhóm tác giả này, tuy CLVT có giá trị chẩn đoán cao nhưng độ đặc hiệu cũng không phải 100% và vẫn chưa có số liệu thống kê cụ thể cho thấy hiệu quả của chụp CLVT đối với bệnh lý này bởi 2 lý do: thứ nhất, số lượng bệnh nhân quá ít nên mọi so sánh đều không mang ý nghĩa; thứ hai, thực hiện chụp CLVT có thể làm kéo dài thời gian trước mổ, ảnh hưởng đến tỷ lệ biến chứng và tử vong. Nishina M. và cs hồi cứu 7 trường hợp thoát vị bịt nghẹt được phẫu thuật cấp cứu từ năm 1993 đến 1998 tại Trung tâm cấp cứu Đại học y học Kawasaki. 6/7 bệnh nhân được chụp CLVT cấp cứu và đều được chẩn đoán xác định thoát vị bịt trước mổ. Nhóm tác giả khuyến cáo nên tiến hành chụp CLVT sớm ở những bệnh nhân tắc ruột là nữ giới và lớn tuổi [7].

Trong 2 trường hợp của chúng tôi, hình ảnh chụp CLVT đều ghi nhận hình ảnh tắc ruột non và quai ruột chui qua lỗ bịt trái giúp chúng tôi chẩn đoán xác định nguyên nhân gây tắc ruột ngay khi bệnh nhân vào viện. Nhờ đó, bệnh nhân được mổ cấp cứu sớm. Mặc dù không thể bảo tồn được quai ruột non nghẹt, tuy nhiên chúng tôi đã mổ kịp thời trước khi có các biến chứng thủng quai ruột gây viêm phúc mạc toàn thể.

Chẩn đoán lâm sàng thoát vị bịt khó khăn do triệu chứng mơ hồ. Do đó, trước một bệnh cảnh tắc ruột

nhưng không có các dấu hiệu thoát vị thành bụng khác cũng như bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, chẩn đoán có thể hướng đến thoát vị bịt. Chụp CLVT rất có giá trị đối với chẩn đoán xác định nguyên nhân tắc ruột.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị của thoát vị bịt nghẹt. Do là bệnh lý hiếm gặp, phẫu thuật điều trị vẫn còn chưa thống nhất giữa các tác giả. Nhiều kỹ thuật cũng như phương pháp mổ đã được các tác giả đưa ra. Với một chẩn đoán tắc ruột không rõ nguyên nhân hoặc trường hợp viêm phúc mạc thì mổ hở bụng đường giữa được áp dụng, giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân tắc, cắt phần ruột hoại tử, tái lập lưu thông tiêu hóa và xử lý lỗ thoát vị. Phẫu thuật nội soi cũng đã được nhiều tác giả sử dụng trong chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột cũng như xử lý thoát vị bịt. Nếu thoát vị bịt được chẩn đoán trước mổ và chưa biến chứng thì phương pháp tiếp cận vùng trước phúc mạc được các tác giả đề xuất. Với cách tiếp cận này, có thể giải quyết thoát vị 2 bên, thoát vị đùi, thoát vị bẹn búi cũng như thoát vị bịt.

Mục tiêu của phẫu thuật điều trị thoát vị bịt là đóng lại lỗ bịt. Nhiều phương pháp phẫu thuật được các tác giả đề xuất như khâu đơn thuần lỗ bịt bằng các tổ chức phúc mạc, hoặc bằng mảnh cơ, bằng mạc nối lớn, dây tử cung, mảnh ghép hoặc nút lưới nhân tạo... Nếu không khâu lại lỗ bịt, tỉ lệ tái phát 10%. Đối với trường hợp thoát vị bịt nghẹt có hoại tử ruột hoặc viêm phúc mạc, việc sử dụng mảnh ghép hoặc lưới nhân tạo không được chỉ định.

Theo Nasir và cs, trong 30 bệnh nhân thoát vị bịt được phẫu thuật từ năm 1950 đến 2008 tại Trung tâm Mayo Clinic (Hoa Kỳ), 28/30 bệnh nhân được mổ hở đường giữa, trong đó 23/30 (77%) được khâu lỗ thoát vị đơn thuần, 5/30 (17%) được dùng tấm ghép nhân tạo để đóng lỗ thoát vị, 2/30 (7%) được phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc. Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc chỉ được chỉ định khi chẩn đoán xác định trước mổ được và chưa có biến chứng. Đối với các trường hợp dùng miếng ghép nhân tạo, vì nguy cơ nhiễm trùng, các tác giả đã dùng mảnh ghép sinh học (bioprothesis) [6].

Hunt L. và cs đề xuất thực hiện phẫu thuật nội soi đối với các trường hợp thoát vị bịt nghẹt vì trình độ của phẫu thuật viên ngày càng nâng cao, các dụng cụ phương tiện ngày càng hiện đại và những ưu điểm của phẫu thuật nội soi như ít đau, nhanh phục hồi, ít nhiễm trùng, thời gian nằm viện ngắn. Trong trường hợp khó khăn, việc cắt đoạn ruột cũng có thể thực hiện qua một đường mổ nhỏ Pfannelstiel

hoặc quanh rốn, như vậy hiệu quả hơn so với đường mổ mở giữa bụng kinh điển [8].

Trong nghiên cứu của Hennekinne-Mucci và cs, mổ mở đường giữa 17/17 bệnh nhân, đóng lỗ bịt bằng mảnh ghép Dacron (Mersuture): 9 (52,9%), khâu lỗ thoát vị đơn thuần: 6, đóng lỗ thoát vị bằng cách khâu nút tổ chức xung quanh: 2 [3].

Maricevich và Farley báo cáo 1 trường hợp thoát vị bịt nghẹt đã được chẩn đoán trước mổ. Các tác giả đã tiến hành phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc (TEP: total extraperitoneal) đặt mảnh ghép nhân tạo để giải quyết lỗ thoát vị thành bụng, tiếp theo các tác giả tiến hành phẫu thuật nội soi trong ổ phúc mạc. Theo các tác giả, phẫu thuật nội soi hoàn toàn khả thi và có ưu điểm giải quyết được thoát vị 2 bên và nhiều loại thoát vị thành bụng một lúc, tuy nhiên cần lựa chọn bệnh nhân kỹ càng và phẫu thuật viên phải có kỹ năng tốt [9].

Singh R. và cs báo cáo trường hợp tắc ruột do thoát vị bịt bằng phẫu thuật nội soi trong ổ bụng và đặt mảnh ghép trước phúc mạc (TAPP: transabdominal preperitoneal). Tác giả sử dụng mảnh ghép Polypropylene 15x10 cm [10].

Cả 2 trường hợp của chúng tôi đều được mổ mở và khâu lỗ thoát vị bịt đơn thuần bằng cách khâu túi phúc mạc thoát vị.

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị bịt là bệnh lý hiếm gặp, thường xuất hiện trong bối cảnh tắc ruột cơ học. Phẫu thuật tắc ruột cần được sớm thực hiện để tránh những biến chứng hoại tử hoặc viêm phúc mạc. Chẩn đoán xác định trước mổ thoát vị bịt thường dựa trên chẩn đoán hình ảnh. Phẫu thuật nội soi có thể ứng dụng đối với một số trường hợp thoát vị bịt nếu cơ sở y tế đủ trang thiết bị và chuyên gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Polat C, Yavaş Y, Koşar M. An Unusual Cause of Mechanical Intestinal Obstruction: Strangulated Obturator Hernia. Eur J Surg Sci. 2011. 2: 19-22.
2. Uludag M, Yetkin G, Kebudi A, Işgor A, Akgün I, Donmez AG. A rare cause of intestinal obstruction: incarcerated femoral hernia, strangulated obturator hernia. Hernia. 2006. 10: 288-91.
3. Hennekinne-Mucci S, Pessaux P, Du Plessis R, Regenet N, Lermite E, Arnaud J. Hernie obturatrice étranglée: à propos de 17 cas. Annales de chirurgie. 2003. 128: 159-162.
4. Cusimano A, Palmesino M, Martinoli S, Bonfili. C. Une cause rare de douleurs abdominales. Forum Med Suisse. 2012. 12: 899-900.

5. De Clercq L, Coenegrachts K, Feryn T, Van Couter A, Vandevoorde R, Verstraete K, et al. An elderly woman with obstructed obturator hernia: a less common variety of external abdominal hernia. JBR-BTR. 2010. 93: 302-4.
6. Nasir BS, Zendejas B, Ali SM, Groenewald CB, Heller SF, Farley DR. Obturator hernia: the Mayo Clinic experience. Hernia. 2012. 16: 315-9.
7. Nishina M, Fujii C, Ogino R, Kobayashi R, Kohama A. Preoperative diagnosis of obturator hernia by computed tomography in six patients. J Emerg Med. 2001. 20: 277-80.
8. Hunt L, Morrison C, Lengyel J, Sagar P. Laparoscopic management of an obstructed obturator hernia: should laparoscopic assessment be the default option? Hernia. 2009. 13: 313-5.
9. Maricevich M, Farley D. A pseudo-TEP repair of an incarcerated obturator hernia. Int J Surg Case Rep. 2011. 2: 290-2.
10. Singh R, Bansal D, Aggarwal N. TAPP Repair of an Obstructed Obturator Hernia. Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery. 2013. 2: 146-148.