

**THÔNG BÁO LÂM SÀNG TỤY LẠC CHỖ Ở TÁ TRÀNG:
ĐIỂM LẠI Y VĂN QUA MỘT TRƯỜNG HỢP HIỂM GẤP**

Nguyễn Quang Nghĩa¹, Trần Đình Dũng¹, Trần Hà Phương¹

Tóm tắt

Tụy lạc chỗ ở tá tràng là một bất thường giải phẫu hiếm gặp của tụy, ít biểu hiện lâm sàng và chủ yếu được phát hiện trong phẫu thuật hoặc mô bệnh học sau phẫu thuật. Chẩn đoán trước phẫu thuật thường khó khăn, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Chỉ định phẫu thuật được đặt ra với các trường hợp có triệu chứng hoặc có nguy cơ ác tính. Ca bệnh lâm sàng trong báo cáo này là một bệnh nhân (BN) nam, 37 tuổi, phát hiện khối u vùng mỏm móc tụy nghi ngờ ác tính. BN được phẫu thuật cắt khối tá tụy với kết quả giải phẫu bệnh là tụy lạc chỗ ở tá tràng, không có tổn thương ác tính. BN ra viện sau 2 tuần với kết quả tốt, theo dõi định kỳ 3 tháng/lần.

* *Từ khóa: Tụy lạc chỗ; Tá tràng; Cắt khối tá tụy.*

**DUODENAL HETEROTOPIC PANCREATIC TISSUE:
A RARE CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Summary

Heterotopic pancreas in the duodenum is a rare anatomical anomaly of the pancreas that usually causes little clinical manifestation and is mainly detected intraoperatively or histologically postoperative. Preoperative diagnosis is often difficult and easily confused with other diseases. Surgical indications are made for symptomatic cases or at high risk of malignancy cases. In this report, a 37-year-old male patient, who was found to have a mass suspected malignancy in the uncinate process, was described. The patient underwent pancreaticoduodenectomy, and the histological examination revealed the presence of heterotopic pancreas in the duodenum with no malignant lesions. The patient was discharged after 2 weeks with good results, followed up every 3 months.

* *Keywords: Heterotopic pancreas; Duodenum; Duodenal pancreatectomy.*

¹Trung tâm Ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Người phản hồi: Trần Đình Dũng (Drdungtran.hbpt@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/02/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 9/5/2022

<http://doi.org/10.56535/jmpm.V20220512>

ĐẶT VẤN ĐỀ

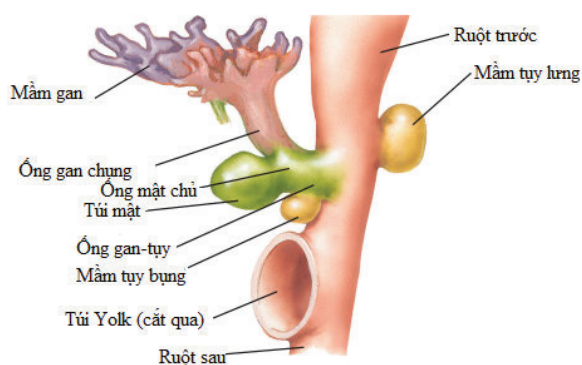
Tụy lạc chỗ (Heterotopic pancreas) là một bất thường giải phẫu hiếm gặp, được định nghĩa khi có xuất hiện của tổ chức nhu mô tụy nằm ngoài vị trí giải phẫu thông thường của tụy. Tổ chức tụy lạc chỗ này không có sự liên kết mô học, thần kinh hoặc mạch máu trực tiếp với tuyến tụy chính. Tỷ lệ gặp tụy lạc chỗ dao động từ 0,6 - 13,7% với vị trí thường gặp nhất là ở đường tiêu hóa trên [1]. Chẩn đoán xác định trước phẫu thuật tụy lạc chỗ thường khó khăn và chủ yếu tổn thương này được phát hiện ngẫu nhiên qua đánh giá trong phẫu thuật hoặc kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. Bài báo này nhằm: *Báo cáo một trường hợp tụy lạc chỗ ở tá tràng được phát hiện qua mô bệnh học sau phẫu thuật cắt khối tá tụy do khối vùng đầu tụy nhằm điểm lại những hiểu biết trong y văn và rút kinh nghiệm cho chẩn đoán và xử trí trên lâm sàng.*

TỔNG QUAN VỀ TUY LẠC CHỖ

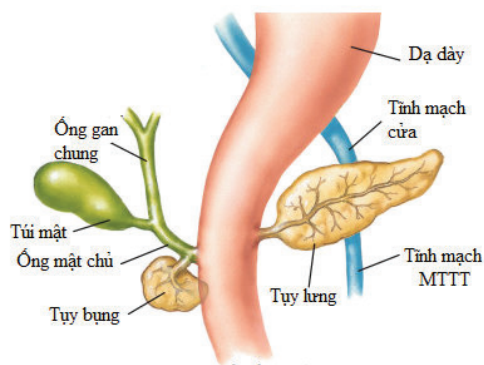
Tụy lạc chỗ được Jean Schultz mô tả lần đầu tiên vào năm 1729, đặc trưng là sự xuất hiện của nhu mô tụy ngoài vị trí giải phẫu bình thường và không liên quan về mạch máu, thần kinh với tuyến tụy chính [1]. Tổn thương này tương đối hiếm gặp với tỷ

lệ phát hiện ngẫu nhiên trong phẫu thuật là 0,2% và từ 0,5 - 13,7% qua phẫu tích xác [2]. Tụy lạc chỗ có thể xuất hiện ở bất cứ vị trí nào trong ổ bụng thậm chí ngoài ổ bụng, tuy nhiên thường gặp nhất là ở đường tiêu hóa trên với > 90% BN được phát hiện ở dạ dày, tá tràng và hồng tràng. Các vị trí ít gặp hơn là ở đại tràng, lách hoặc gan [3].

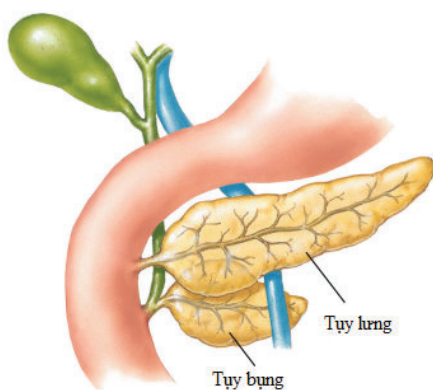
Có nhiều giả thuyết được đưa ra về cơ chế của tụy lạc chỗ, trong đó giả thuyết về sự quay bất thường của ruột trước được nhiều tác giả ủng hộ. Trong quá trình phát triển của bào thai, tụy được phát triển từ hai mầm tụy lưng và tụy bụng. Vào tháng thứ 2 của thai kỳ, do sự quay của ruột trước dẫn đến mầm tụy bụng (bắt nguồn từ ống gan tụy - *hepaticopancreatic duct*) quay theo từ phải sang trái, cuối cùng sẽ nằm ngay phía sau của mầm tụy lưng và từ đó hợp nhất với mầm tụy lưng để hình thành tuyến tụy hoàn thiện. Mầm tụy bụng này liên hệ chặt chẽ với ống mật chủ và sau này sẽ phát triển thành vùng đầu tụy - mòm móc ở tụy của người trưởng thành. Các bất thường trong quá trình quay này sẽ dẫn đến sự di chuyển không đúng vị trí của mầm tụy bụng/tụy lưng, các mầm này tiếp tục được đưa ra xa khỏi vị trí giải phẫu thông thường và được gọi là tụy lạc chỗ [1].



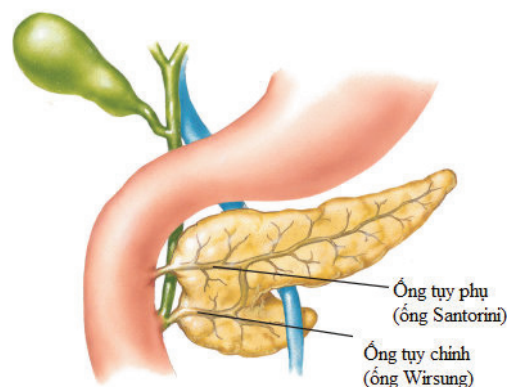
a. Hình thành các mầm tụy.



b. Bắt đầu quay của ống mật chủ, tụy bụng.



c. Tụy bụng đã quay xong, chưa hợp nhất với tụy lưng.



d. Hợp nhất thành tuyến tụy hoàn chỉnh.

Hình 3: Minh họa quá trình quay và tạo thành tụy hoàn chỉnh từ các mầm tụy [1].

Về mặt đại thể, tụy lạc chỗ có thể nằm ở bất kỳ vị trí nào của thành ruột: Lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, lớp cơ hoặc dưới thanh mạc. Trong đó, tụy lạc chỗ nằm dưới niêm mạc thường gặp nhất, chiếm 50 - 73% dưới dạng u lồi, kích thước từ vài mm đến 5 cm. Tụy lạc chỗ ít gặp ở trong thành ruột (khoảng 27%, dạng các mảng cứng) và dưới thanh mạc (dạng polyp). Về mặt

vi thể, dựa trên phân loại của Heinrich (1909) và sau đó là Gasper-Fuentes (1973), tụy lạc chỗ được chia làm 4 type bao gồm [2, 4]:

- Type 1: Tụy lạc chỗ với đầy đủ các thành phần như nhu mô tụy thông thường.
- Type 2: Chỉ chứa các ống chế tiết.
- Type 3: Chỉ chứa nhu mô tụy ngoại tiết.

- Type 4: Chỉ chứa các đảo tụy (tụy nội tiết).

Tụy lạc chỗ thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ, tuy nhiên, có thể biểu hiện với triệu chứng rất đa dạng, thường gặp nhất là đau thượng vị, buồn nôn, nôn, ợ hơi, khó tiêu và đặc biệt là các biểu hiện của tắc nghẽn cơ học [5, 6]. Báo cáo của Armstrong và CS cho thấy mối liên quan giữa kích thước của khối tụy lạc chỗ với triệu chứng lâm sàng, đặc biệt khi kích thước $\geq 1,5$ cm [7]. Quan điểm này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của tổn thương tụy lạc chỗ thường gặp ở vùng hang, môn vị dạ dày hoặc tá tràng, hồng tràng có khẩu kính nhỏ, dễ gây tắc nghẽn. Những biểu hiện khác như xuất huyết tiêu hóa dai dẳng, viêm tụy cấp hoặc ung thư hóa có tỷ lệ thấp hơn (0,9 - 2,9% tùy báo cáo), tuy nhiên, có thể gây hậu quả nghiêm trọng [8, 9, 10].

Tổn thương tụy lạc chỗ ở đường tiêu hóa trên có thể được phát hiện qua nội soi dạ dày (tổn thương đầy lồi niêm mạc lòng ống tiêu hóa, dễ nhầm với u GIST) hoặc qua siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ (dễ nhầm với các u GIST hoặc leiomyosarcoma, khối u vùng đầu tụy - tá tràng...). Siêu âm nội soi được khuyến cáo trong các trường hợp phát hiện tổn thương dạng đầy lồi lớp niêm mạc lòng ống tiêu

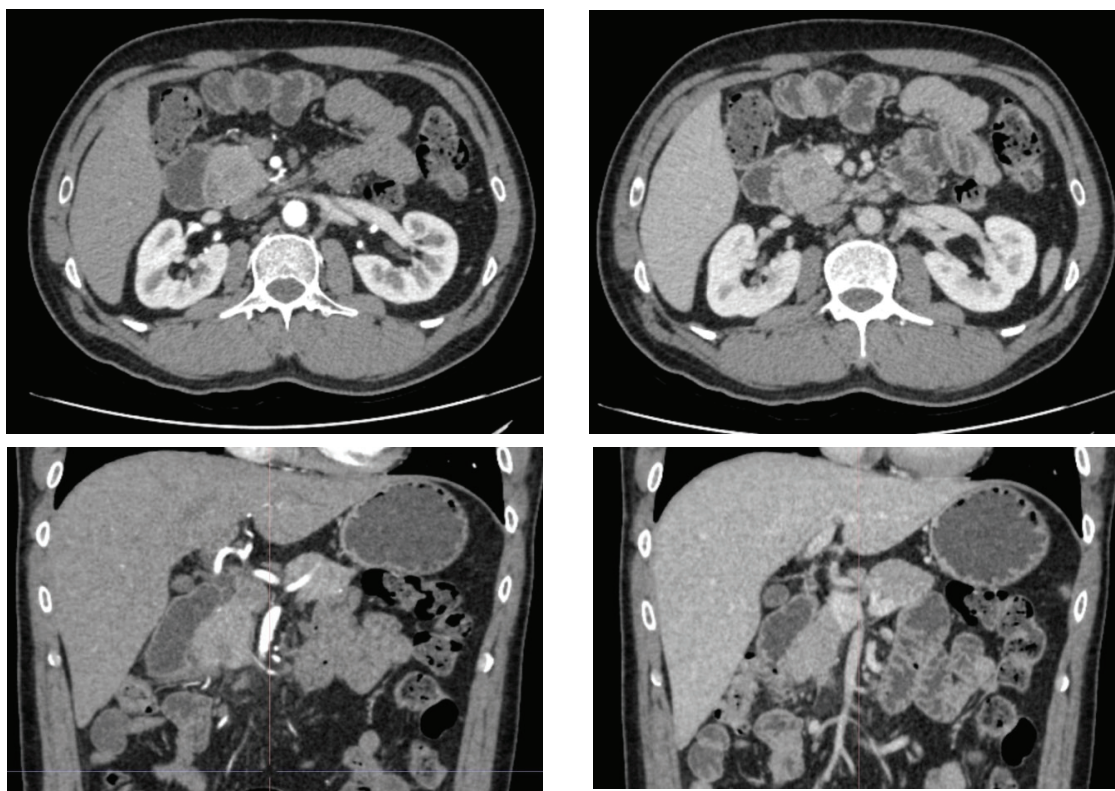
hóa, tuy nhiên việc chẩn đoán phân biệt tổn thương tụy lạc chỗ với các tổn thương khác thường gặp hơn như u GIST, lymphoma, các ổ loét xơ chai hoặc tổn thương ác tính là rất khó. Chẩn đoán xác định tụy lạc chỗ phải dựa vào tiêu chuẩn vàng là kết quả mô bệnh học [10].

Xử trí tụy lạc chỗ tùy thuộc vào từng tình huống cụ thể: Phát hiện khối u trước phẫu thuật và có biểu hiện lâm sàng; phát hiện khối u trước phẫu thuật, không có biểu hiện lâm sàng; phát hiện tình cờ khối trong một phẫu thuật khác. Với tổn thương tụy lạc chỗ có triệu chứng, phẫu thuật cắt bỏ được coi là phương án điều trị phù hợp nhất. Mặc dù hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong nội soi can thiệp nhưng phẫu thuật vẫn là phương án chiếm ưu thế hơn so với cắt bỏ các tổn thương dưới niêm mạc qua nội soi [10]. Tùy thuộc vào vị trí tổn thương, phẫu thuật được lựa chọn có thể là cắt dạ dày bán phần, cắt tá tràng hình chêm, cắt đoạn ruột hoặc cắt khối tá tụy, cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị... Các trường hợp phát hiện tình cờ trong phẫu thuật nên cân nhắc cắt bỏ tổn thương do nguy cơ tiến triển gây triệu chứng lâm sàng hoặc ung thư hóa. Điều trị bảo tồn được đặt ra với các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng; tuy nhiên phải đảm bảo loại trừ nguyên nhân ác tính [5].

BỆNH ÁN LÂM SÀNG

BN nam, 37 tuổi, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu thường xuyên (200 - 300 mL/ngày) trong 5 năm gần đây. BN đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện khối u vùng đầu tụy nghi ngờ ác tính. Khám lâm sàng: Thể trạng béo, BMI 25,7; không vàng da, bụng không sờ thấy khối; marker ung thư không tăng: CEA 4,69 ng/mL, CA 19 - 9 5,27 U/mL, bilirubin toàn phần 12,6 μ mol/L, bilirubin trực tiếp 0,9 μ mol/L, amylase 117 U/L, glucose 4,58 mmol/L. Các xét nghiệm chức năng gan, thận, công

thức máu, đông máu đều trong giới hạn bình thường. Trên phim chụp cắt lớp vi tính phát hiện: đầu tụy tăng kích thước, vị trí mỏm móc tụy có khối u kích thước 15 * 16 mm, ngấm thuốc kém hơn nhu mô tụy còn lại, chưa xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên. Thân và đuôi tụy nhu mô đồng nhất, ống tụy không giãn, đường mật trong - ngoài gan không giãn. Nhiều hạch ổ bụng kèm thâm nhiễm vùng rốn gan đầu tụy, hạch lớn nhất 9 mm, ngấm thuốc đều. Soi dạ dày và đại tràng không phát hiện bất thường.

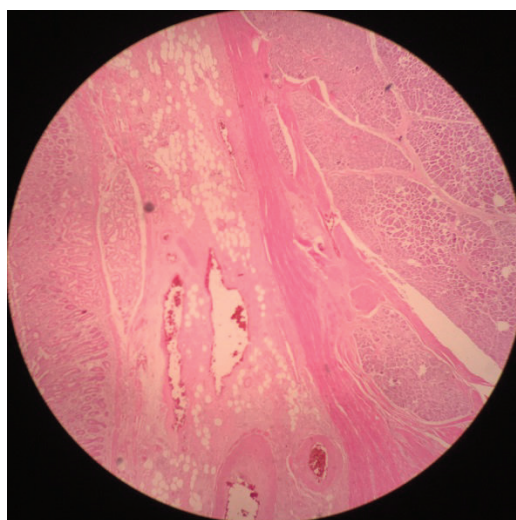
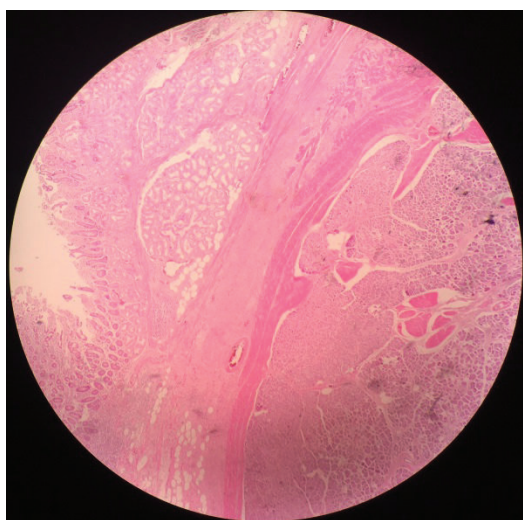


Hình 1: Khối u mỏm móc tụy ngấm thuốc kém sau tiêm so với nhu mô tụy trên phim chụp cắt lớp vi tính.

BN được chẩn đoán: U mòm móc tụy, chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy, nạo vét hạch. Đánh giá khối u trong phẫu thuật: Khối u mòm móc tụy kích thước ~2 cm, xâm lấn tá tràng, thâm nhiễm mạc treo đại tràng và tĩnh mạch mạc treo tràng trên; các hạch nhóm 7, 8, 9, 12, 13 mềm mại, di động, kích thước < 1 cm. BN được cắt khối tá tụy, vét hạch nhóm 7, 8, 9, 12a, 12p, 13, tái lập lưu thông kiểu Child. Sau phẫu thuật, BN ổn định, ăn uống được sau 5

ngày phẫu thuật, ra viện sau 2 tuần, không có biến chứng gì đặc biệt.

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: Hình ảnh đại thể thấy khối vùng đầu tụy cứng chắc, thành tá tràng sát đầu tụy thâm nhiễm; hình ảnh vi thể thấy thành tá tràng có tổn thương tụy lạc chỗ với các đám mô tụy xen kẽ trong lớp cơ, nhu mô tụy không thấy tổ chức u, một số ống tụy giãn và có sỏi nhỏ. Các hạch 7, 8, 9, 12, 13 không thấy hình ảnh ung thư.



Hình 2: Hình ảnh vi thể tuyến tụy lạc chỗ trong thành tá tràng.

BÀN LUẬN

Tụy lạc chỗ là tổn thương hiếm gặp và phần lớn không có triệu chứng, vì vậy có ít báo cáo tổng quan trong y văn về phẫu thuật cắt bỏ tụy lạc chỗ, đặc biệt các phẫu thuật lớn như cắt khối tá tụy, cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị, cắt tụy toàn bộ... Để đánh giá chỉ định cắt

khối tá tụy liên quan đến tổn thương tụy lạc chỗ, A. Betzler đã hồi cứu kết quả mô bệnh học trên 1.274 BN phẫu thuật vùng tá tràng - đầu tụy do nhiều nguyên nhân khác nhau: Viêm tụy mạn tính, u đầu tụy, u tá tràng... trong 15 năm (2000 - 2015). Kết quả cho thấy: Tổn thương tụy lạc chỗ được

phát hiện ở 67/1.274 BN (5,3%), trong đó 60 BN (4,7%) được phẫu thuật cắt khối tá tụy (với 2 ca tụy lạc chỗ ung thư hóa) [10]. Một thống kê khác tìm kiếm trên Pubmed trong 20 năm (2000 - 2020) của T. Minami cho thấy có 12 thông báo lâm sàng về tụy lạc chỗ ung thư hóa, trong đó 6 BN cắt khối tá tụy, 5 BN cắt tá tràng hình chêm, 2 BN cắt dạ dày bán phần. Tất cả BN này đều có biểu hiện triệu chứng lâm sàng như đau thượng vị hoặc các biểu hiện của tắc nghẽn cơ học, thời gian sống thêm trung bình là 35 tháng [8]. Tại Việt Nam, Trịnh Hồng Sơn đã báo cáo 4 BN tụy lạc chỗ đều được phát hiện tình cờ trong phẫu thuật. Trong đó, có 3 BN phát hiện khối ở hồng tràng cách góc Treitz từ 20 - 30 cm, kích thước từ 1,5 - 3 cm màu vàng nhạt, chưa gây biến chứng hẹp hay thủng; 1 trường hợp tổn thương ở bờ trên môn vị. Cả 4 trường hợp này đều được xử trí bằng cách cắt bỏ tổn thương tụy lạc chỗ phối hợp trong phẫu thuật. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy: Cả 4 trường hợp tụy lạc chỗ đều nằm dưới niêm mạc và xâm nhập vào lớp cơ trên vi thể (01 trường hợp type 1, 01 trường hợp type 2 và 02 trường hợp type 3 theo phân loại Heinrich) [11].

BN trong báo cáo của chúng tôi được phát hiện tình cờ một tổn thương khu trú ở mỏm móc tụy, kích thước

1,6 cm, có tính chất ngấm thuốc kém so với nhu mô tụy còn lại, kết hợp với tiền sử uống rượu và hút thuốc lá nhiều năm, do đó có thể định hướng đến chẩn đoán khối u ác tính mỏm móc tụy giai đoạn sớm. Tổn thương trong phẫu thuật tương đối giống hình ảnh ác tính do khối u thâm nhiễm dính vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên cũng như mạc treo đại tràng. Do đó, chỉ định cắt khối tá tụy ở BN là phù hợp để loại bỏ tổn thương nghi ngờ ung thư vùng tá tràng - đầu tụy. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy một tổn thương tụy lạc chỗ ở tá tràng, xâm nhập đến lớp cơ và có đầy đủ các thành phần của tổ chức tụy (type 1 theo Heinrich và Gaspar-Fuentes). Kết quả mô bệnh học này phù hợp với đặc điểm dịch tế và đặc điểm tổn thương của tụy lạc chỗ, ngoài ra kết quả cũng ủng hộ chỉ định cắt khối tá tụy do tổn thương này nằm ở mỏm móc tụy dễ tiến triển chèn ép gây đau, tắc mật, viêm tụy và có nguy cơ ung thư hóa.

KẾT LUẬN

Tụy lạc chỗ là biến đổi giải phẫu hiếm gặp của tụy, nguyên nhân có thể do bất thường trong quá trình hình thành tuyến tụy trong thai kỳ. Tổn thương chủ yếu xuất hiện ở đường tiêu hóa trên: Dạ dày, tá tràng, hồng tràng và ít gây biểu hiện lâm sàng. Chẩn đoán xác định trước phẫu thuật gặp

khó khăn và thường được phát hiện tình cờ trong phẫu thuật hoặc bằng kết quả mô bệnh học. Chỉ định phẫu thuật đối với các tổn thương gây triệu chứng lâm sàng hoặc nghi ngờ ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harrison E. và Parks R. (2016). Chapter 53 - Congenital disorders of the pancreas: Surgical considerations. *Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas: Sixth Edition*; 861-874.e4.
2. Sathyanarayana S.A., Deutsch G.B., Bajaj J. et al (2012). Ectopic Pancreas: A Diagnostic Dilemma. *Int J Angiol*;21(3):177-180.
3. Karahan O.I., Kahriman G., Soyuer I. et al. (2006). MR cholangiopancreatography findings of heterotopic pancreatic tissue in the distal common bile duct. *Diagn Interv Radiol*; 12(4):180-182.
4. Mehra R., Pujahari A.K., Jaiswal S.S. (2015). Duodenal heterotopic pancreatic tissue: a case report and literature review. *Gastroenterology Report*; 3(3):262-265.
5. Eisenberger C.F., Gocht A., Knoefel W.T. et al. (2004). Heterotopic pancreas-clinical presentation and pathology with review of the literature. *Hepatogastroenterology*; 51(57):854-858.
6. Ormarsson O.T., Gudmundsdottir I., Mårvik R. (2006). Diagnosis and treatment of gastric heterotopic pancreas. *World J Surg*; 30(9):1682-1689.
7. Armstrong C.P., King P.M., Dixon J.M. et al. (1981). The clinical significance of heterotopic pancreas in the gastrointestinal tract. *Br J Surg*; 68(6):384-387.
8. Minami T., Terada T., Mitsui T. et al. (2020). Adenocarcinoma arising from a heterotopic pancreas in the first portion of the duodenum: A case report. *Surgical Case Reports*; 6(1):141.
9. Jiang L.-X., Xu J., Wang X.-W. et al. Gastric outlet obstruction caused by heterotopic pancreas: A case report and a quick review. *World J Gastroenterol*; 14(43): 6757-6759.
10. Betzler A., Mees S.T., Pump J. et al (2017). Clinical impact of duodenal pancreatic heterotopia – Is there a need for surgical treatment?. *BMC Surg*; 17:53.
11. Trịnh Hồng Sơn và CS (2017). Tụy lạc chỗ (nhân 4 trường hợp). *Tuyển tập các bài viết thông báo lâm sàng, tập 2*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.