

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ MORGAGNI-LARREY Ở TRẺ EM: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH

Phạm Quốc Tùng¹, Nguyễn Thị Bích Uyên¹, Trịnh Nguyễn Hạ Vi¹, Đào Trung Hiếu²

TÓM TẮT

Thoát vị Morgagni là loại thoát vị hiếm gặp nhất trong bốn loại thoát vị hoành bẩm sinh với tỉ lệ 1-6% tổng số các trường hợp. Phẫu thuật nội soi để sửa chữa khiếm khuyết này trở thành điều trị tiêu chuẩn trong vài năm gần đây. Báo cáo trường hợp lâm sàng bé trai 4 tuổi nhập viện vì đau bụng vùng thượng vị tái phát thường xuyên. Bệnh nhi được chụp X-quang ngực thẳng-nghiêng phát hiện thoát vị hoành và sau đó được xác định chẩn đoán thoát vị Morgagni bằng phim chụp đại tràng cản quang. Bệnh nhi được điều trị khâu phục hồi cơ hoành qua nội soi ổ bụng, được rút nội khí quản và cho ăn lại trong 24 giờ sau mổ và xuất viện sau 5 ngày. Phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị Morgagni an toàn, ít xâm lấn với thời gian hồi phục nhanh và vết mổ thẩm mỹ.

Từ khóa: thoát vị Morgagni, thoát vị hoành, khâu phục hồi cơ hoành qua nội soi

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC REPAIR OF MORGAGNI-LARREY HERNIA IN CHILDREN: A CASE REPORT

Pham Quoc Tung, Nguyen Thi Bich Uyen, Trinh Nguyen Ha Vi, Dao Trung Hieu

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 121-126

Morgagni hernia is a rare form of congenital diaphragmatic hernia, accounting for only 1–6% of all diaphragmatic hernias. More than half of patients are asymptomatic, these patients may be found incidentally when a chest X-ray undertaken. Recently, laparoscopy has been considered as the first-choice for repair of Morgagni hernia. A case reported a case of Morgagni hernia in 4-year-old boy with persistent GI symptoms. Morgagni hernia was detected by X-ray and confirmed by contrast enema. When the diagnosis is confirmed, the patient was prepared for laparoscopic surgery. Laparoscopy which provides the benefit of an excellent view, minimal tissue trauma with subsequently faster recovery and superior cosmesis.

Keywords: Morgagni hernia, diaphragmatic hernia Morgagni, laparoscopic-assisted repair

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị Morgagni là loại thoát vị hiếm gặp nhất trong 4 loại của thoát vị hoành bẩm sinh với tỉ lệ 1-6% tổng số trường hợp^(1,2). Thoát vị Morgagni-Larrey được mô tả là thoát vị sau xương ức, bên trái, xuyên qua vùng tam giác không có cơ còn gọi là khe Larrey⁽³⁾. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ em là những triệu chứng viêm đường hô hấp tái đi tái lại hoặc triệu chứng tiêu hóa không đặc hiệu, hiếm khi biểu hiện hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh. Hơn 50% trường hợp được phát hiện tình cờ khi chụp X-quang ngực. Bệnh thường được phát

hiện bằng phim X-quang ngực nghiêng và xác định chẩn đoán bởi phim cản quang đường tiêu hóa hoặc chụp cắt lớp điện toán. Phương pháp điều trị được ghi nhận trong các báo cáo trước đây chủ yếu là mổ mở qua ngả bụng kèm theo có hoặc không sử dụng mảnh ghép. Phẫu thuật nội soi trở thành xu hướng trong vài năm gần đây⁽³⁾.

Mục tiêu

Mô tả lâm sàng và trình bày kết quả điều trị trường hợp thoát vị Morgagni.

BÁO CÁO LÂM SÀNG

Báo cáo một trường hợp bệnh nhi thoát vị

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Thị Bích Uyên

ĐT: 0984746248

Email: nguyennbuthyd@gmail.com

Morgagni được điều trị khâu phục hồi cơ hoành qua nội soi ổ bụng tại bệnh viện Nhi Đồng 1.

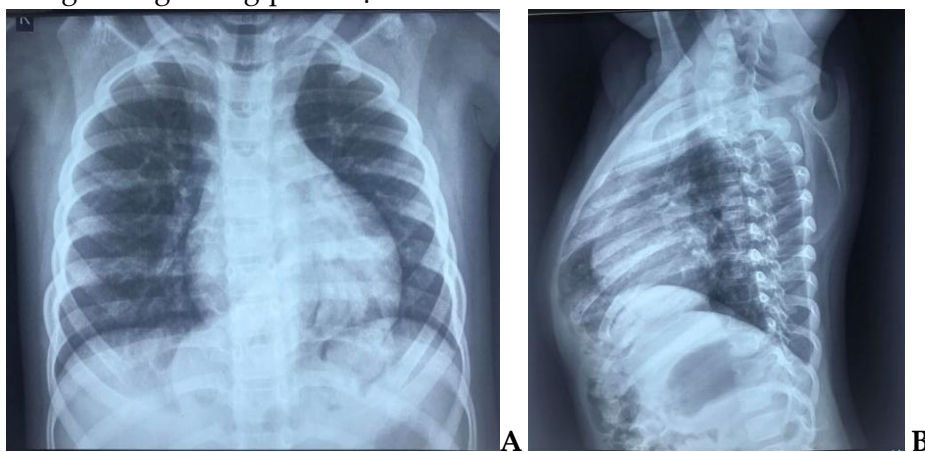
Giới thiệu trường hợp bệnh

Bé trai, 4 tuổi, tiền căn sản khoa không ghi nhận bất thường, nhập viện vì đau thượng vị, kéo dài 1 tuần, đau thượng vị con, không buồn nôn/nôn. Bệnh nhi thường xuyên có những đợt đau thượng vị tương tự kéo dài khoảng 1 đến 3 ngày. Ngoài ra còn được ghi nhận có nhiều đợt khám trước đây vì ho, sốt - được chẩn đoán viêm phế quản, với nhiều lần chụp phim Xquang ngực thẳng nhưng không phát hiện bất

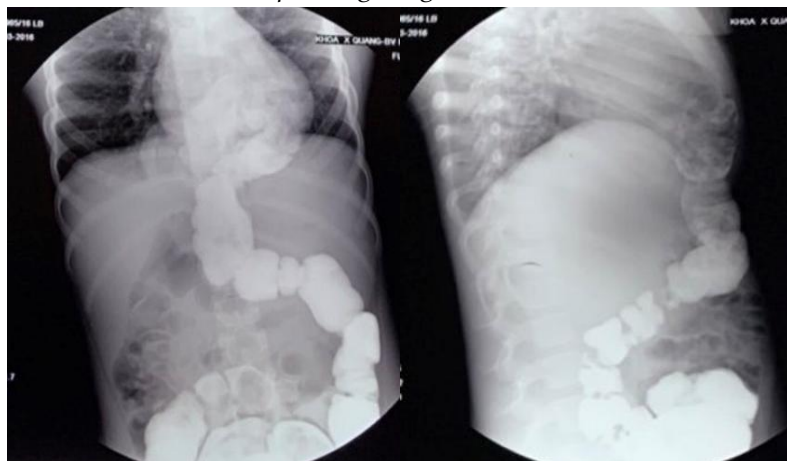
thường. Khám lâm sàng lúc nhập viện với tổng trạng tốt, sinh hiệu ổn định, chưa phát hiện bất thường qua khám ngực, bụng. Bệnh nhi không có dị tật khác đi kèm, phát triển tâm-vận trong giới hạn bình thường.

Trong lần nhập viện này bệnh nhi được chụp phim Xquang ngực thẳng-nghiêng (Hình 1) và siêu âm bụng-ngực, được kết luận là Thoát vị hoành trái - Tạng thoát vị là đại tràng.

Với nghi ngờ thoát vị Morgagni, em được chỉ định chụp đại tràng cản quang (Hình 2).



Hình 1: Bóng hơi của quai ruột ở đường giữa lồng ngực trên phim thẳng (A), sau xương ức và trước tim trên phim nghiêng (B)



Hình 2: Quai đại tràng ngang trong lồng ngực đường giữa vùng sau xương ức, trước tim trên phim chụp đại tràng cản quang

Phim chụp đại tràng cản quang ghi nhận quai đại tràng ngang nằm trong lồng ngực sau xương ức, trước tim phù hợp với chẩn đoán thoát vị Morgagni.

Bệnh nhi được chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng khâu phục hồi cơ hoành.

Chúng tôi tiến hành vào bụng bằng 3 trocar: trocar 10 mm ở rốn, 2 trocar 5 mm ở dưới sườn

phải và trái, áp lực CO₂ 10 mmHg; đưa camera hướng lên vòm hoành phát hiện lỗ thoát vị nằm ở đường giữa, lệch qua trái, ngay sau xương ức (Hình 2).

Chúng tôi cắt đứt dây chằng liềm và dây chằng tròn, hạ gan và bộc lộ lỗ thoát vị. Lỗ thoát vị sau xương ức, bên trái (khe Larrey), và không có túi (Hình 3). Kích thước của lỗ thoát vị sau khi được bộc lộ: đường kính trước-sau và ngang lần lượt là 6 cm và 8 cm; bờ sau – bên trái của khe thoát vị khá mỏng, nằm sát màng ngoài tim, mép cách màng ngoài tim 2 cm; 2 thành bên của vòm hoành cơ còn tương đối dày, thành bên phải dày hơn bên trái; không thấy tạng thoát vị khi vào ổ bụng.



Hình 3: Lỗ thoát vị quan sát qua nội soi ổ bụng

Kĩ thuật khâu lỗ thoát vị

Tạo thông lộng bằng cách luồn chỉ Nylon 2-0 qua nòng kim 18 G. Sau đó sử dụng chỉ Silk 1-0 để khâu mép cơ hoành vào thành ngực trước, mũi kim đâm qua thành ngực-bụng, sau đó khâu các mũi chữ U vào mép cơ hoành. Kim 18G (đã tạo thông lộng) được đâm qua thành ngực-bụng ngay vị trí đâm kim chỉ Silk, luồn chỉ nylon để tạo 1 thông lộng trong bụng. Sau đó đưa Grasper kéo chỉ Silk luồn qua thông lộng. Tiếp theo kéo kim 18G ra ngoài, sợi chỉ Silk được kéo theo ra ngoài thành ngực-bụng, nơi chỉ sẽ được cột bên ngoài và được dấu ở lớp dưới da (Hình 4). Sau khâu phục hồi, khe thoát vị kín, vòm hoành căng vừa (Hình 5). Vết mổ gồm 10mm ở rốn, 5mm hai bên hạ sườn, và những vết đâm

kim nhỏ (Hình 6).



Hình 4: Khâu cơ hoành vào thành ngực trước bằng các mũi chỉ đâm xuyên thành ngực



Hình 5: Cơ hoành sau khi khâu phục hồi vào thành ngực



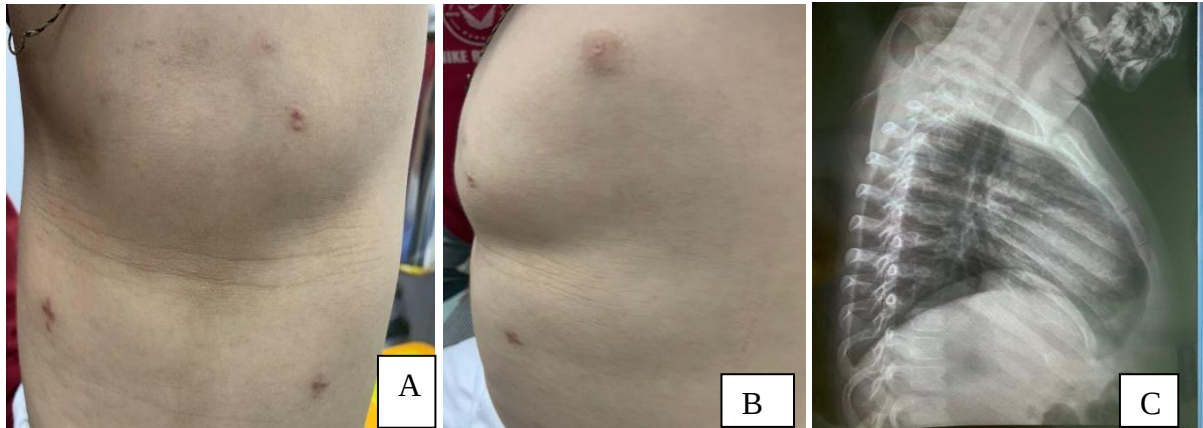
Hình 6: Vết mổ trên thành bụng

Thời gian mổ là 116 phút. Sau mổ bệnh nhi được hồi sức tại khoa Hồi sức ngoại, được rút nội khí quản chuyển sang thở oxy qua canula sau mổ 4 giờ. Xquang ngực thẳng kiểm tra sau

mổ ghi nhận tràn khí màng phổi phải lượng ít, không ảnh hưởng hô hấp và không cần can thiệp thêm.

Hậu phẫu ngày 1 sau mổ, em được chuyển ra phòng ngoài với tình trạng hô hấp ổn định, ăn

uống được, em được xuất viện sau 5 sau mổ. Sau mổ một tháng, em được chụp phim X quang ngực kiểm tra, vết mổ lành, lồng ngực không biến dạng (Hình 7). Theo dõi trong 8 tháng sau mổ, không ghi nhận biến chứng và tái phát.



Hình 7: Sau mổ 1 tháng – lồng ngực thẳng (A), nghiêng (B), XQ ngực nghiêng (C)

BÀN LUẬN

Thoát vị Morgagni được mô tả đầu tiên năm 1769 bởi Giovanni Battista Morgagni trong khi phẫu thuật tử thi một bệnh nhân tử vong vì chấn thương đầu⁽⁴⁾. Thoát vị Morgagni là thoát vị sau bên xương ức, còn được gọi là thoát vị sau ức, cạnh ức hay dưới xương ức. Nguyên nhân do khiếm khuyết bẩm sinh trong sự kết nối vách ngang cơ hoành và cung sườn. Thoát vị Morgagni thường xảy ra bên phải (90%) nhưng cũng có thể xảy ra bên trái, hiếm khi thoát vị cả 2 bên⁽³⁾. Khe Larrey là khoảng tam giác không có cơ phía sau xương ức, phía bên trái, nằm giữa các bó cơ của xương ức, xương sườn bám vào cơ hoành, bình thường khe chứa mô mỡ. Khe Larrey là vị trí tiếp cận trong dẫn lưu màng ngoài tim. Thường sử dụng thuật ngữ thoát vị Morgagni-Larrey khi thoát vị Morgagni xảy ra ở phía bên trái, vùng tam giác ức-sườn (khe Larrey)⁽⁵⁾.

Phần lớn các trường hợp bệnh biểu hiện không triệu chứng hoặc triệu chứng hô hấp và tiêu hóa không đặc hiệu⁽⁶⁾. Do đó Lev-Chelouche D cho rằng thoát vị Morgagni thường không được phát hiện ở trẻ em⁽⁷⁾. Ở trẻ em, biểu hiện bệnh thường là những đợt nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại (55%) và được phát hiện khi chụp

phim Xquang ngực nghiêng⁽⁴⁾. Chẩn đoán thường thông qua chụp phim Xquang ngực và phim đại tràng cản quang⁽³⁾. Những năm gần đây số lượng ca bệnh báo cáo tăng lên có thể do việc nâng cao cảnh giác trong chẩn đoán, với ước tính 200 ca trong 10 năm qua^(7,8). Bệnh nhân của chúng tôi cũng có những biểu hiện triệu chứng hô hấp mơ hồ như ho, sốt tái nhẹ đi tái lại, và các đợt đau thượng vị kéo dài khoảng 1-3 ngày. Bệnh nhi cũng từng được chụp Xquang ngực trước đó nhưng chưa có lần nào được ghi nhận bất thường.

Tùy thuộc vào tạng thoát vị, là mạc nối, dạ dày, ruột hoặc gan, mà bệnh có thể có những biểu hiện khác nhau trên hình ảnh Xquang ngực. Trường hợp mạc nối thoát vị có thể biểu hiện như một bóng mờ cạnh tim dẫn đến có thể chẩn đoán lầm là u, xẹp phổi, viêm phổi hay nang màng ngoài tim, và phim chụp đại tràng đôi khi cho kết quả bình thường, những trường hợp này cần chụp cắt lớp điện toán để chẩn đoán⁽³⁾. Đối với trường hợp bệnh của chúng tôi thì hình ảnh các bóng hơi giống quai ruột trong lồng ngực trên phim Xquang ngực thẳng, nghiêng (Hình 1) và hình ảnh quai đại tràng ngang nằm trong lồng ngực trên phim chụp đại tràng (Hình 2) là đủ để chẩn đoán xác định.

Chỉ định phẫu thuật tùy thuộc vào từng bệnh cảnh. Mặc dù phần lớn các trường hợp thoát vị không có triệu chứng, phẫu thuật vẫn được khuyến cáo để tránh biến chứng về sau. Phẫu thuật được chỉ định khi tạng thoát vị là đại tràng vì nguy cơ biến chứng cao⁽¹⁾ như trong trường hợp báo cáo của chúng tôi. Còn nếu lỗ thoát vị nhỏ hoặc chỉ chứa mạc nối, chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi triệu chứng tái đi tái lại⁽¹⁾.

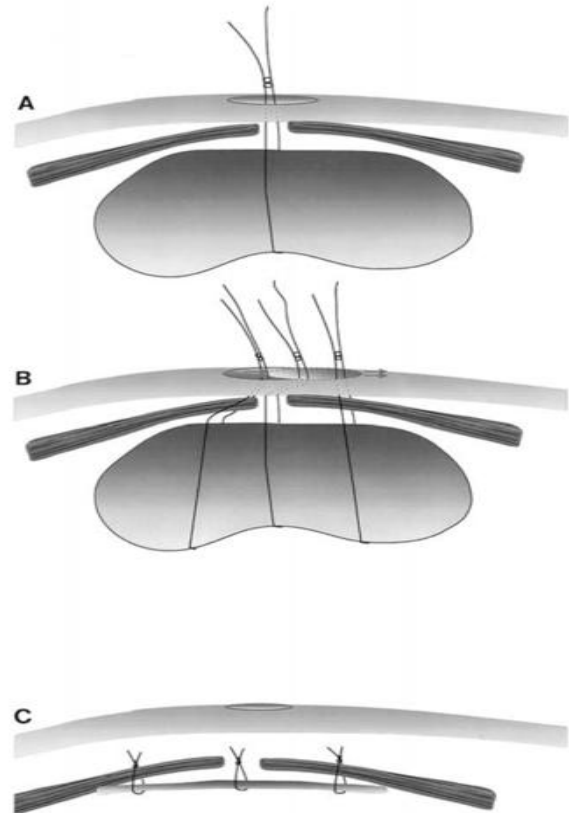
Trước khi phẫu thuật xâm lấn tối thiểu phát triển, phần lớn các trường hợp thoát vị Morgagni được sửa chữa bằng mổ mở qua ngả bụng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng ở trẻ em được báo cáo đầu tiên bởi Georgacopulo P năm 1997⁽⁹⁾, sau đó là phẫu thuật robot vào năm 2005⁽¹⁰⁾, phẫu thuật nội soi qua trocar 1 cổng năm 2013⁽¹¹⁾..., các báo cáo đều cho thấy kết quả an toàn, hiệu quả cũng như giảm đau và giá trị thẩm mỹ của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị thoát vị Morgagni.

Qua nội soi ổ bụng, lỗ thoát vị được quan sát, bộc lộ dễ dàng, và không quá khó khăn trong thao tác khâu phục hồi cơ hoành⁽⁹⁻¹⁵⁾. Bệnh nhi của chúng tôi được 4 tuổi, ổ bụng đủ khoảng thao tác nội soi. Trong khi đó, nhiều báo cáo với những cỡ tuổi nhỏ hơn được ghi nhận, nhỏ nhất là 14 ngày tuổi nhưng vẫn thực hiện được nội soi ổ bụng sửa chữa khiếm khuyết⁽⁹⁻¹⁵⁾.

Trước khi được khâu phục hồi, lỗ thoát vị có thể được thu nhỏ bằng cách rạch trên phần phúc mạc quanh chu vi lỗ thoát vị⁽³⁾. Chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật này đối với mép sau bên trái của lỗ thoát vị, vị trí sát màng ngoài tim (Hình 5).

Đối với kỹ thuật khâu phục hồi lỗ thoát vị qua nội soi, có nhiều kiểu khâu với các loại kim khâu khác nhau đã được báo cáo: dùng kim khâu trong cơ thể (Endo stitch) hoặc khâu kết hợp với dùng kim rồng có nút chỉ buộc ngoài cơ thể và dấu trong lớp dưới da⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Azzie G⁽¹³⁾ đã báo cáo kỹ thuật khâu phục hồi cơ hoành qua nội soi trên 4 bệnh nhi thoát vị Morgagni, sử dụng một đường mổ nhỏ khoảng 5 mm trên thành bụng vùng thượng vị, qua đó, các mũi chỉ Silk 2-

0 được xuyên qua thành bụng – hai mép trước và mép sau cơ hoành, kim được đâm trở ra ngoài thành bụng tại vị trí vết mổ và buộc nơ chỉ ở lớp dưới da, khoảng 4 mũi chỉ tương tự nằm gọn trong vết mổ (Hình 8).



Hình 8. Kỹ thuật khâu phục hồi cơ hoành qua nội soi. “Nguồn: Azzie G, 2003⁽¹³⁾”

Chúng tôi áp dụng khâu các mũi chữ U với chỉ Silk lên hai mép trước-sau lỗ thoát vị, sau đó dùng kim rồng có luồn thông lọng chỉ để kéo kim Silk ra ngoài, thực hiện buộc chỉ ngoài cơ thể và dấu dưới da tại các vị trí xuyên kim khác nhau dọc theo chiều dài lỗ thoát vị, điều này khiến vòm hoành căng vừa và lực áp lên mép của lỗ thoát vị đều nhau. Các tác giả như Al-Jazaeri A⁽¹⁴⁾, Lamas-Pinheiro R⁽¹⁵⁾ cũng áp dụng kỹ thuật tương tự và cho kết quả khả quan. Cách khâu này trong trường hợp bệnh của chúng tôi, lỗ thoát vị lớn và khuyết khe Larrey (Hình 3), còn cho thấy không cần phải sử dụng đến mảnh ghép vốn là vật liệu đắt tiền, không tiện sẵn có, và gây kéo dài thời gian mổ do phải khâu mép sau lỗ thoát vị và mảnh ghép.

Điều trị và phục hồi sau mổ của bệnh nhi trong trường hợp chúng tôi báo cáo tương tự với với các tác giả khác⁽⁹⁻¹⁵⁾. Thời gian trong mổ của chúng tôi tương đối dài do chưa quen thao tác, khe thoát vị rộng và cần rạch phúc mạc mép sau bên trái. Tuy nhiên cũng không quá mức chênh lệch so với thời gian mổ trung bình của một số báo cáo với lượng bệnh nhi nhiều hơn: nghiên cứu của Lamas-Pinheiro R⁽¹⁵⁾ năm 2016 báo cáo kết quả điều trị thoát vị Morgagni qua nội soi trên 13 bệnh nhi với phương pháp tương tự. Kết quả cho thấy thời gian mổ trung bình là 95 ± 23 phút, cho ăn lại trong 24 giờ sau mổ, không ghi nhận tai biến trong mổ. Trong thời gian theo dõi $56 \pm 16,6$ tháng, có 2(18%) trường hợp bị tái phát, trong đó, có 1 trường hợp được sử dụng chỉ tan chậm và cả 2 trường hợp này đều mắc hội chứng Down. Trong thời gian theo dõi 8 tháng, chúng tôi chưa ghi nhận tái phát. Chúng tôi tiếp tục theo dõi trường hợp này trong thời gian sắp tới để kịp thời phát hiện các bất thường và xử trí phù hợp.

KẾT LUẬN

Thoát vị Morgagni là một bệnh hiếm gặp, phần lớn là không triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ khi chụp Xquang ngực vì các triệu chứng hô hấp. Chẩn đoán được xác định bởi phim chụp cản quang đường tiêu hóa, CT scan hay nội soi thăm sát. Phẫu thuật nội soi có sử dụng kim rỗng tạo thông lộng và mũi chỉ xuyên qua thành ngực-bụng khâu mép cơ hoành vào thành ngực-bụng trước là kỹ thuật đơn giản, an toàn, hiệu quả và đạt giá trị thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Comer TP, Clagett OT (1966). Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 52:461-468.

2. Harrington SW (1951). Clinical manifestations and surgical treatment of congenital types of diaphragmatic hernia. *Rev Gastroenterol*, 18:243-256.
3. Loong TP, Kocher HM (2005). Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni. *Postgrad Med J*, 81:41-44.
4. Al-Salem AH, Nawaz A, Matta H (2002). Herniation through the foramen of Morgagni: early diagnosis and treatment. *Pediatr Surg Int*, 18:93-97.
5. Hashmi MU, Ullah K, Tariq A, Sarwar M, Khan IH (2019). Morgagni-Larrey Hernia: A Possible Cause of Recurrent Lower Respiratory Tract Infections. *Cureus*, 11(2): 4035.
6. Lin ST, Moss DM, Henderson SO (1997). A case of Morgagni hernia presenting as pneumonia. *J Emerg Med*, 15:297-301.
7. Lev-Chelouche D, Ravid A, Michowitz M, et al (1999). Morgagni hernia: unique presentations in elderly patients. *J Clin Gastroenterol*, 28:81-82.
8. Ellyson JH, Parks SN (1986). Hernia of Morgagni in a trauma patient. *J Trauma*, 26:569-570.
9. Georgacopulo P, Franchella A, Mandrioli G (1997). Morgagni-Larrey hernia correction by laparoscopic surgery. *Eur J Pediatr Surg*, 7(4):241-2.
10. Knight CG, Gidell KM, Lanning D (2005). Laparoscopic Morgagni hernia repair in children using robotic instruments. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 15(5):482-6.
11. van Niekerk ML (2013). Laparoscopic Morgagni hernia repair using single-site umbilical and full-thickness abdominal wall repair: technical report of two cases. *Afr J Paediatr Surg*, 10(1):55-7.
12. Sherigar JM, Dalal AD, Patel JR (2005). Laparoscopic repair of a Morgagni hernia. *J Minim Access Surg*, 1:76-78.
13. Azzie G, Maoate K, Beasley S (2003). A simple technique of laparoscopic full-thickness anterior abdominal wall repair of retrosternal (Morgagni) hernias. *J Pediatr Surg*, 38(5):768-70.
14. Al-Jazaeri A (2012). Simplified technique for minimally invasive repair of congenital diaphragmatic hernia using hollow-needle snare and transthoracic traction stitches. *J Pediatr Surg*, 47(1):258-63.
15. Lamas-Pinheiro R, Pereira J, Carvalho F, et al (2016). Minimally invasive repair of Morgagni hernia – A multicenter case series. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 22:273-278.

Ngày nhận bài báo: 10/12/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 10/02/2022

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2022