



NANG ĐƯỜNG MẬT

PGS.TS.BS TRƯƠNG NGUYỄN UY LINH

DỊCH TỄ HỌC

- Là tình trạng **dãn của đường mật** trong và ngoài gan

đan hơn >7mm trên siêu âm và không có tác nhân

- Thường gặp hơn ở **các nước phương đông**, đặc biệt Nhật Bản: 1/1000

- Ưu thế: **Nữ** (4/1)

- 50% trường hợp phát hiện **trước 10 tuổi**

thực tế: 90% phát hiện trước 10 tuổi nhờ sự phát triển của CDHA



PHÂN LOẠI

Todani (1977)

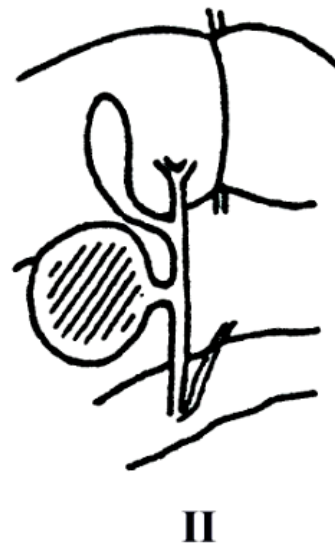
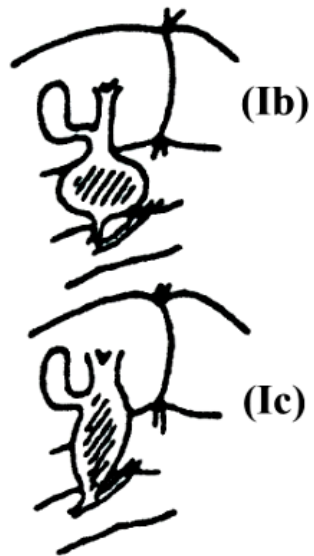
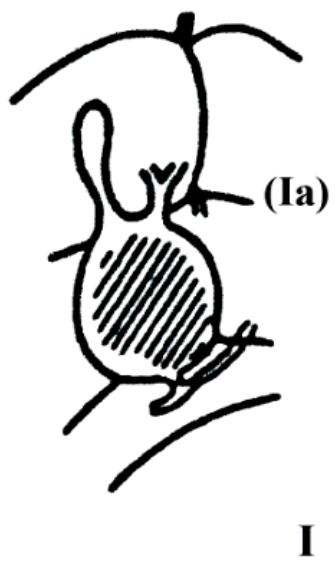
- **Loại I** – Nang ống mật chủ đơn thuần
- **Loại II** – Túi thừa ống mật chủ
- **Loại III** – Sa ống mật chủ
- **Loại IV** – Nang ống mật chủ kết hợp với nang đường mật trong gan
- **Loại V** – Nang đường mật trong gan đơn thuần

IA: dang cau
IB: 1 phan OMC dan
IC: dang thoi

doan cuoi OMC sa vao long ta trang

> 95% là loại I và IV





Thuyết kênh chung mật tụy

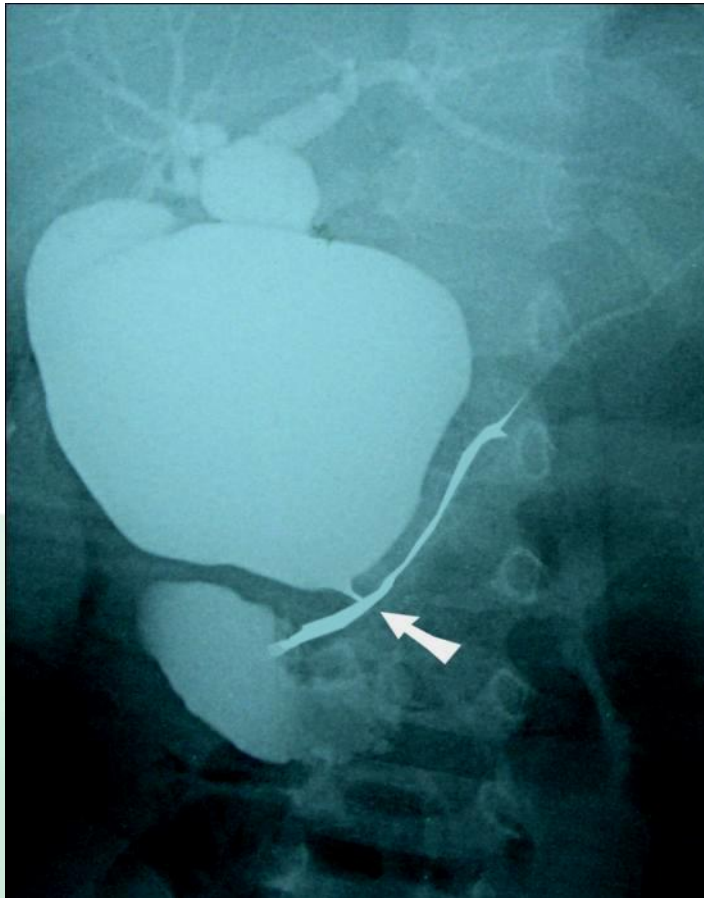
Hop lưu bình thường trong 1 ta trang:

- + bị không che bởi cơ vòng Oddi \Rightarrow không có hiện tượng trào ngược mật tụy
- + góc hop lưu 1 góc nhọn \Rightarrow khó trào ngược



Hop lưu sưng, tạo kênh chung mật tụy \Rightarrow không chịu sự không che của cơ vòng Oddi và góc hop lưu mở rộng gây trào ngược áp lực trong ống tụy cao hơn ống mật 10-15 cmH₂O \Rightarrow trào dịch tụy vào ống mật suy yếu thành đường mật, gây viêm gây tắc nghẽn



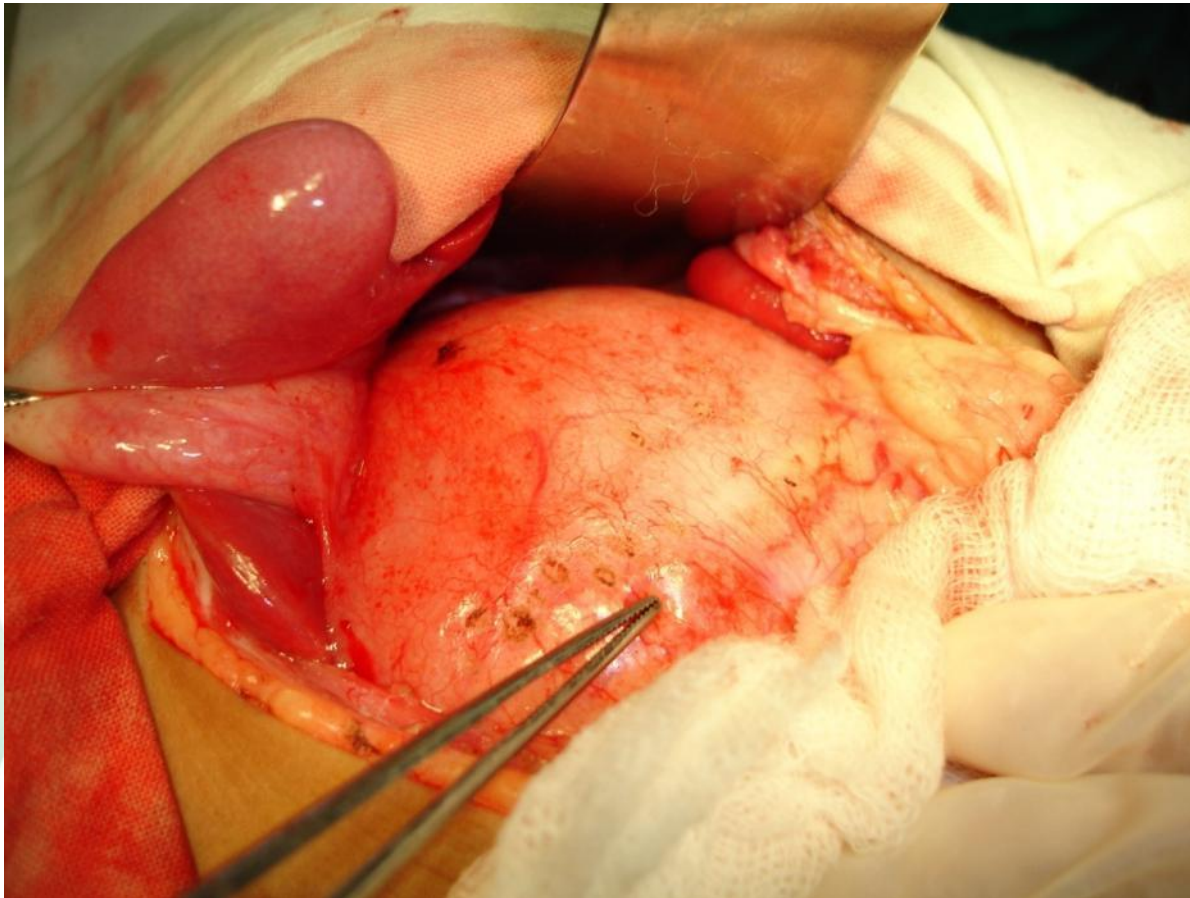


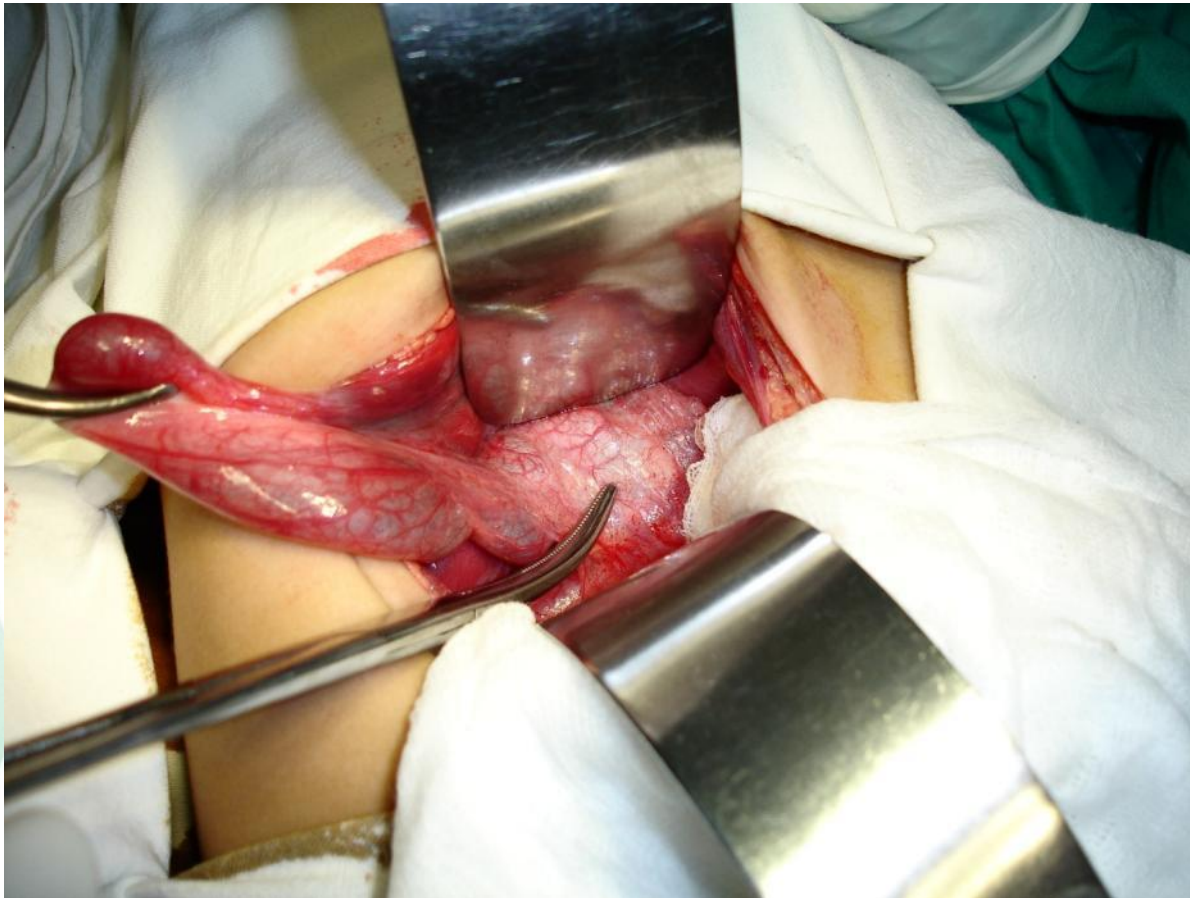
BỆNH HỌC

Đại thể

- **Đường mật ngoài gan dẫn** dạng cầu hay dạng thoi
- **Đường mật trong gan dẫn** dạng túi hay dạng thoi
- **Sỏi nhỏ, bùn mật** do tắc nghẽn u đọng lâu ngày
- Ở trẻ càng lớn, **thành nang dính vào các cơ quan lân cận** do viêm nhiễm => dính cơ quan lân cận => phẫu thuật khó khăn hơn







Vi thể

Nang

thanh dương mặt bình thường:

+ lớp ngoài cùng: mô xơ

+ lớp giữa: mô cơ

+ lớp trong cùng: biểu mô trụ đơn

- Thành nang chủ yếu là mô xơ
- Biến đổi thành đường mật nặng dần theo tuổi

mô cơ và biểu mô biến mất hoặc chỉ rải rác

viêm, thoái triển nang dần theo tuổi => xuất hiện ung thư sớm hơn



LÂM SÀNG

50% các trường hợp được *phát hiện trước 10 tuổi*

Triệu chứng lâm sàng

- Tam chứng cổ điển: vàng da, đau bụng và u hạ sườn phải



LÂM SÀNG

Vàng da

- Do chèn ép của đáy nang
- Ở sơ sinh và nhũ nhi, vàng da dai dẳng kèm tiêu phân bạc màu

nang qua to => đoạn cuối OMC bị xoắn
van => tắc mật
nang không to => chít hẹp đoạn OMC

Đau bụng

- Là dấu hiệu rất trung thành ở trẻ lớn

U hạ sườn phải nhu nhi muộn 5-6 tuổi



CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

Phát hiện dẫn đường mật ngoài gan; dẫn, hẹp đường mật trong gan và kênh chung mật-tụy có hay không kênh chung mật tụy điều trị giống nhau

Siêu âm

ket cau giam am duoi gan, co su thông thương với túi mật hoặc có OGP OGT do vào

- Hình ảnh của **ống mật chủ dẫn rộng**
- Sử dụng tầm soát và **phát hiện** nang ống mật chủ, **theo dõi hậu phẫu**





- Chụp mật-tụy cộng hưởng từ
- Chụp điện toán cắt lớp
- X quang đường mật trong khi mổ

SA du CDXD

CT MRI cung cấp hình ảnh rõ nét
đề chuẩn bị mổ

neu khong thuc hien
duoc CT MRI



BIẾN CHỨNG

Không chẩn đoán và xử lý sẽ dẫn đến nhiều biến chứng

- Nhiễm trùng đường mật
- Sỏi mật
- Viêm túi mật
- Áp xe gan
- Viêm tụy
- Vỡ thủng nang đặc trưng, không liên quan kích thước nang, bắt buộc phải mổ
- Xơ gan
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa
- Ắc tính hóa đặc trưng, nguy cơ ác tính hóa gặp 20 lần bình thường và nhỏ hơn dân số bình thường khoảng 10 tuổi



ĐIỀU TRỊ

không điều trị chắc chắn tử vong

điều trị sớm để tránh tai biến trên bàn mổ (do dính vào cơ quan lân cận) và sau mổ

mổ sớm để ống gan chưa tổn thương vì thế nhiều \Rightarrow cho nơi ống gan - hồng trạng giảm nguy cơ chít hẹp do viêm \Rightarrow giảm biến chứng sau mổ

Không được điều trị dẫn đến tử vong

Phương pháp phẫu thuật

Dẫn lưu nang ra ngoài

không phải điều trị triệt để, chỉ là cấp thời khi tình trạng BN không ổn, để dẫn lưu tạm thời

- Cấp cứu tạm thời: tổng trạng quá kém, nhiễm trùng nặng, rối loạn chức năng gan trầm trọng, thủng hay vỡ nang

Cắt bỏ nang 1-2 tháng sau



Cắt bỏ toàn bộ nang

Cắt toàn bộ nang và túi mật + nối ống gan chung – hồng tràng theo Roux en Y hay nối ống gan chung- tá tràng qua trung gian một đoạn hồng tràng



