

Case Report

Conservative Treatment of Giant Omphalocle: 2 Cases Report

Nguyen Van Linh, Ngo Thi Mung

Vietnam National Children's Hospital, 18/879 La Thanh, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 15 November 2021

Revised 20 November 2021; 19 December 2021

Abstract

Giant omphalocle presents a therapeutic challenge for pediatric surgery due to liver herniation. Although there are many treatment methods, the success rate is not high and the hospital stay is long. Our study used compression bandages and providine to shrink the hernia and regenerate skin to delay surgery to limit difficulties in postoperative recovery. Two patients in the study were conducted with the above method and gave positive results when: the patient did not need to be resuscitated, the hospital stay was short, and the abdominal cavity developed enough to accommodate the liver. Therefore, our method is safe and effective in treating giant abdominal wall hernia.

Keywords: giant omphalocle, conservative treatment

* Corresponding author.

E-mail address: nhpsurlinh@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i6.384>

Điều trị bảo tồn đối với thoát vị thành bụng khổng lồ có màng bọc: nhân 2 trường hợp

Nguyễn Văn Linh, Ngô Thị Mừng

Bệnh viện Nhi Trung ương, 18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 15 tháng 11 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 20 tháng 11 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 19 tháng 12 năm 2021

Tóm tắt

Thoát vị thành bụng khổng lồ là một thách thức trong điều trị đối với phẫu thuật nhi khoa do gan thoát ra ngoài. Mặc dù có nhiều phương pháp điều trị nhưng tỷ lệ thành công không cao và thời gian nằm viện kéo dài. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng băng ép và providin để làm nhỏ khối thoát vị và tái tạo da giúp trì hoãn cuộc mổ nhằm hạn chế những khó khăn trong quá trình hồi sức sau phẫu thuật. Hai bệnh nhân trong nghiên cứu đã được tiến hành phương pháp trên và cho kết quả khả quan khi: bệnh nhân không cần phải hồi sức, thời gian nằm viện ngắn, khoang bụng phát triển đủ chứa gan. Vì vậy, phương pháp của chúng tôi an toàn và hiệu quả trong điều trị thoát vị thành bụng khổng lồ.

Từ khóa: Thoát vị thành bụng khổng lồ, điều trị bảo tồn

I. Đặt vấn đề

Thoát vị thành bụng (omphalocele) là một khuyết tật ở thành bụng đường giữa với sự thoát vị của các phủ tạng trong ổ bụng thành một túi có màng bao gồm một lớp phúc mạc bên trong và một lớp màng ối bên ngoài. Tỷ lệ mắc bệnh ước tính là một trong 6.000 trẻ sinh sống [1]. Mặc dù không có sự nhất trí chung về định nghĩa, một số tác giả coi dị tật là một thoát vị khổng lồ khi khuyết tật thành bụng vượt quá 5 - 6 cm đường kính và túi chứa toàn bộ hoặc hầu hết gan [2]. Trong ba tháng đầu của thai kỳ, có một sự thoát vị sinh lý của ruột vào dây rốn. Nếu ruột bị thoát vị không quay trở lại khoang bụng trong khoảng thời gian từ 6 tuần đến 10 tuần tuổi thai, thì

sẽ xảy ra hiện tượng sa dạ con. Chụp quét khoảng 18–20 tuần tuổi thai [3]. Tỷ lệ được báo cáo trong giai đoạn đầu thai kỳ cao hơn nhiều so với lúc sinh do cả thai chết tự nhiên trong tử cung và chấm dứt thai kỳ [4,5].

Nếu quá trình đóng sớm không thành công hoặc không khả thi thì có hai lựa chọn thay thế chính là sửa chữa theo giai đoạn và điều trị bảo tồn với việc đóng chậm. Tuy nhiên, tồn tại một số kỹ thuật khả thi trong mỗi nhóm, không có phương pháp nào được ưu tiên hàng đầu. Điều này đã được nhấn mạnh trong nghiên cứu của Van Eijck và cộng sự [10]. Các nghiên cứu giai đoạn 1967 - 2009 về các kỹ thuật mổ cho thoát vị khổng lồ đã bị đặt câu hỏi liệu các kỹ thuật đã xuất bản của họ có còn được sử dụng ở trung tâm của họ hay không. Gần một nửa số tác giả đã thay đổi hoặc ngừng sử dụng kỹ thuật này sau khi xuất bản, nhưng sự thay đổi này không phải là

* Tác giả liên hệ

E-mail address: nhpsurlinh@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i6.384>

một kỹ thuật cụ thể đã được chứng minh là tốt hơn. Điều này chỉ ra rằng không có phương pháp điều trị thoát vị khồng lồ ưa thích chung nào và rằng phương pháp tiếp cận cá nhân

thường được thực hiện. Trong bài viết này, chúng tôi trình bày về phương pháp điều trị bằng băng ép và bảo vệ túi thoát vị nhằm đẩy lùi thời gian phẫu thuật.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp băng ép: sau khi bôi phủ silverin toàn bộ bề mặt màng ối, đắp gạc che phủ dùng băng chun băng ép đẩy khối thoát vị vào vừa phải để tránh hội chứng khoang.



Trường hợp 1: Bệnh nhân nữ được chẩn đoán thoát vị thành bụng từ trước sinh, sau đẻ cân nặng 2,8 kg. Bệnh nhân được tiến hành mổ đẻ và bảo vệ màng ối ngay sau đẻ. Khối thoát vị kích thước 7 x 8cm, nội dung bên trong gồm gan và các quai ruột. Bệnh nhân được tiến hành bôi Silverin và băng ép khối thoát vị 4 ngày thay 1 lần. Bệnh nhân vẫn tự thở ăn uống bình thường và ra viện sau 1 tuần theo dõi. Sau thời gian theo dõi và điều trị khoảng 2 tháng khối thoát vị đã vào hoàn toàn trong ổ bụng và chờ tiến hành đóng bụng để phục hồi cân cơ thành bụng.



Trường hợp thứ 2: Bệnh nhân nam được chẩn đoán thoát vị thành bụng từ trước sinh, sau đẻ cân nặng 2,8 kg. Bệnh nhân được tiến hành mổ đẻ và bảo vệ màng ối ngay sau đẻ. Khối thoát vị kích thước 8 x 9cm, nội dung bên trong gồm gan và các quai ruột. Bệnh nhân được tiến hành bôi Silverin và băng ép khối thoát vị 4 ngày thay 1 lần. Bệnh nhân vẫn tự thở ăn

uống bình thường và ra viện sau 1 tuần theo dõi. Sau thời gian theo dõi và điều trị khoảng 1,5 tháng khối thoát vị đã vào hoàn toàn trong ổ bụng và chờ tiến hành đóng bụng để phục hồi cân cơ thành bụng, bệnh nhân có thoát vị bẹn 2 bên.



III. Bàn luận

Việc điều trị phẫu thuật bệnh lý này và chăm sóc chu phẫu cho những bệnh nhân này là một thách thức lớn đối với những người chăm sóc liên quan. Thoát vị không lồ có liên quan đến giảm sản phổi, tăng áp động mạch phổi, các dị tật lớn khác như dị tật tim bẩm sinh và dị tật nhiễm sắc thể. Giai đoạn hậu phẫu thường phức tạp do tăng áp lực ổ bụng. Tỷ lệ giảm sản phổi trong bệnh này nằm trong khoảng từ 54% đến 70%, với tỷ lệ tử vong lên tới 30% - 46% [6,7].

Thời gian sửa chữa phẫu thuật ở bệnh nhân thoát vị không lồ vẫn còn gây tranh cãi và có một số nghiên cứu được công bố hạn chế để hướng dẫn bác sĩ phẫu thuật nhi khoa trong việc ra quyết định. Các phương pháp đóng muôn đã được phát triển để giảm bớt các biến chứng của phẫu thuật sửa chữa sớm [10]. Điều trị thể bệnh này phần lớn phụ thuộc vào kích thước của khiếm khuyết, mức độ nghiêm trọng của tình trạng suy giảm chức năng phổi và các dị tật kèm theo [11]. Bất chấp những tiến bộ trong lĩnh vực sơ sinh, gây mê và phẫu thuật, tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh mắc bệnh này lên đến 25% và

phương pháp điều trị tối ưu vẫn chưa được thiết lập cho những trẻ này [4,12].

Trong một cuộc khảo sát được thực hiện vào năm 2011, một đánh giá của Eijck và cộng sự cho thấy tỷ lệ thoát vị trung bình sau phẫu thuật là cao nhất trong đóng nguyên phát (58%) và thấp nhất ở đóng muôn không phẫu thuật (9%) [13]. Tuy nhiên, một chiến lược thay thế là cần thiết trong các trường hợp có khuyết tật mô lớn và mất cân bằng nội tạng lớn trong ổ bụng, và trong những trường hợp như vậy, thậm chí không nên cố gắng đóng lại chính.

Thời gian khép lại khuyết tật phụ thuộc vào sự phát triển của khoang bụng của trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, thời gian tái biểu mô hóa trên túi omphalocele có thể từ 2-3 tháng. Nếu khuyết tật đã giảm đủ, như trong các trường hợp omphalocele nhỏ, có thể thực hiện đóng chậm. Bất cứ khi nào có thể, phẫu thuật đóng kín ngay là phương pháp được lựa chọn trong điều trị những bệnh nhân này. Đã có những nỗ lực dự đoán tính khả thi của việc đóng sơ cấp dựa trên tỷ lệ giữa đường kính khối thoát vị so với các phép đo sinh trắc học trong các exomphalos được chẩn

đoán trước. Việc đóng sớm như vậy có tính khả thi hay không còn là vấn đề gây tranh cãi [8]. Trong một phân tích hồi cứu, Fawley và cộng sự đã tính toán tỷ lệ omphalocele được xác định là đường kính omphalocele / chu vi bụng ở 30 trẻ sơ sinh có omphalocele và quét siêu âm trước khi sinh. 60% (12/20) bệnh nhân có tỷ lệ $<0,26$ đạt được kết thúc phẫu thuật ban đầu, so với không có bệnh nhân nào có tỷ lệ $> 0,26$. Thời gian thở máy kéo dài đáng kể ở nhóm tỷ lệ cao [9]. Việc đóng bụng sớm mà không tương xứng về thể tích các cơ quan thoát vị và kích thước khoang bụng có thể dẫn đến hội chứng khoang bụng (ACS) do tăng áp lực trong ổ bụng suy hô hấp, suy thận cấp, hạ huyết áp và thiếu máu cục bộ đường ruột.

Các liệu pháp tại chỗ được sử dụng trong quá trình theo dõi bảo tồn trong chăm sóc khối thoát vị điều trị chậm đóng đã được cải thiện đáng kể trong những năm gần đây. Povidone-iodine được khuyến dùng như một chất thay thế kháng khuẩn hiệu quả cho kem tẩm bạc. Tuy nhiên, Betadine và Silverdin được biết đến như những loại thuốc bôi ngoài da phổ biến nhất hiện nay [14,15].

Bệnh nhân omphalocele có nguy cơ cao bị vỡ túi, phát triển nhiễm trùng và nhiễm trùng huyết. Do đó, việc sát trùng tại chỗ và chăm sóc vết thương thường xuyên là vô cùng quan trọng trong những trường hợp không thể thực hiện phẫu thuật khép miệng. Trong nghiên cứu đó, người ta nhấn mạnh rằng bột kết hợp kháng sinh là một lựa chọn điều trị hiệu quả về chi phí, tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành và tái biểu mô tế bào. Neomycin và Bacitracin, có trong bột phun kháng sinh kết hợp với ứng dụng betadine, tạo ra hàng rào chống lại vi sinh vật có hoạt tính gram dương, và do hàm lượng polymyxin, chúng có hoạt tính chống

lại pseudomonas [16]. Ngoài ra, dạng bột cho phép phát triển vảy trên túi và tạo điều kiện hình thành hàng rào tự nhiên chống lại nhiễm trùng. Quá trình tái biểu mô hóa cũng được đẩy nhanh nhờ băng thường xuyên được thay đổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi việc sử dụng silverine thì cả 2 bệnh nhân đều thấy sự lên da hoàn toàn diễn ra trong 1,5 tháng là sớm hơn các loại khác, mà vẫn bảo tồn được bao thoát vị. Điều này cho thấy tính khả thi của việc sử dụng silverine trong điều trị bệnh lý này.

Điều quan trọng nữa là đảm bảo vị trí để tạo điều kiện thuận lợi cho việc đặt túi omphalocele về phía đường giữa bụng và đẩy các chất trong túi về vị trí giải phẫu bình thường của chúng mà không làm tăng áp lực trong ổ bụng. Năm 2011, Sander và cộng sự áp dụng băng thun sau khi điều trị tại chỗ cho bệnh nhân omphalocele và cho rằng băng bó là một lựa chọn đáng tin cậy để tái biểu mô [17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc chăm sóc túi thoát vị của bệnh nhân thoát vị thành bụng được thực hiện trong điều kiện vô trùng và quy củ. Sau khi băng ép, việc bà mẹ cho con bú trong thời gian đầu và theo dõi trẻ phối hợp với y tá giúp đánh giá các biến chứng có thể xảy ra trong điều kiện bệnh viện dễ dàng hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân không nhất thiết phải nằm viện mà có thể cho khám và điều trị ngoại trú mà không có biến chứng hoại tử hay rách bao thoát vị. Phương pháp băng thun vùng bụng được sử dụng vì tính dễ áp dụng, hiệu quả và độ tin cậy của nó do đạt được các ưu điểm sau: bệnh nhân không phải thở máy, không phải chăm sóc đặc biệt, thời gian nằm viện ngắn, thời gian khối thoát vị (gan) vào được ổ bụng mà không gây biến chứng gì về xoắn hẹp các mạch máu lớn.

IV. Kết luận

Trong điều trị thoát vị thành bụng không lồ, việc đẩy lùi thời gian phẫu thuật được coi là ưu điểm vì tránh được thời gian bệnh nhân thở máy do áp lực ổ bụng quá cao dẫn đến các nguy cơ nhiễm trùng và các rối loạn khác. Theo kết quả của nghiên cứu này, sự kết hợp giữa thời gian chờ đợi bảo tồn và đóng cửa phẫu thuật có thể được coi là một lựa chọn thích hợp để ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra trong thời gian theo dõi dài. Kết luận, có thể giảm thời gian nằm viện khi đóng cửa ban đầu trong thời gian đầu bằng cách cung cấp quá trình biểu mô hóa nhanh hơn với sự kết hợp của silverine cùng với việc áp dụng băng thun ở trẻ sơ sinh.

Tài liệu tham khảo

- [1] Danzer E, Gerdes M, D'Agostino JA et al. Prospective, interdisciplinary follow-up of children with prenatally diagnosed giant omphalocele: short-term neurodevelopmental outcome. *J Pediatr Surg* 2010;45(4):718-723. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2009.09.004>
- [2] Pacilli M, Spitz L, Kiely EM et al. Staged repair of giant omphalocele in the neonatal period. *J Pediatr Surg* 2005;40(5):785-788. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2005.01.042>.
- [3] Barisic I, Clementi M, Häusler M et al. Evaluation of prenatal ultrasound diagnosis of fetal abdominal wall defects by 19 European registries. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18(4):309-316. <https://doi.org/10.1046/j.0960-7692.2001.00534.x>.
- [4] Baird PA, MacDonald EC. An epidemiologic study of congenital malformations of the anterior abdominal wall in more than half a million consecutive live births. *Am J Hum Genet* 1981;33(3):470-478.
- [5] Blazer S, Zimmer EZ, Gover A et al. Fetal omphalocele detected early in pregnancy: associated anomalies and outcomes. *Radiology* 2004;232(1):191-195. <https://doi.org/10.1148/radiol.2321030795>
- [6] Charlesworth P, Ervine E, McCullagh M. Exomphalos major: the Northern Ireland experience. *Pediatr Surg Int* 2009;25(1):77-81. <https://doi.org/10.1007/s00383-008-2292-8>.
- [7] Ein SH, Langer JC. Delayed management of giant omphalocele using silver sulfadiazine cream: an 18-year experience. *J Pediatr Surg* 2012;47(3):494-500. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2011.08.014>
- [8] Campos BA, Tatsuo ES, Miranda ME. Omphalocele: how big does it have to be a giant one? *J Pediatr Surg* 2009;44(7):1474-1475. Author reply 1475.
- [9] Fawley JA, Peterson EL, Christensen MA et al. Can omphalocele ratio predict postnatal outcomes? *J Pediatr Surg* 2016;51(1):62-66. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.10.010>.
- [10] Van Eijck FC, Aronson DA, Hoogeveen YL et al. Past and current surgical treatment of giant omphalocele: outcome of a questionnaire sent to authors. *J Pediatr Surg* 2011;46(3):482-488. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2010.08.050>.
- [11] Baerg JE, Thorpe DL, Sharp NE et al. Pulmonary hypertension predicts mortality in infants with omphalocele. *J*

- Neonatal Perinatal Med 2015;8(4):333-338. <https://doi.org/10.3233/NPM-15915011>
- [12] Drack F, Mack A, Kistler W et al. A giant omphalocele in a preterm infant: the conservative approach. *BMJ Case Rep* 2014;2014:bcr2014204151. <https://doi.org/10.1136/bcr-2014-204151>
- [13] Feltman D, Stokes T, Kett J et al. Is treatment futile for an extremely premature infant with giant omphalocele? *Pediatrics* 2014;133(1):123-128. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1001>
- [14] Kumar HR, Jester AL, Ladd AP. Impact of omphalocele size on associated conditions. *J Pediatr Surg* 2008;43(12):2216-2219. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2008.08.050>
- [15] Kouame BD, Koudou THO, Yaokreh JB et al. Outcomes of conservative treatment of giant omphaloceles with dissodic 2% aqueous eosin: 15 years' experience. *Afr J Paediatr Surg* 2014;11(2):170-173. <https://doi.org/10.4103/0189-6725.132825>
- [16] Mitul AR, Ferdous K. Initial conservative management of exomphalos major with gentian violet. *J Neonatal Surg* 2012;1(4):51.
- [17] Suominen PK, Pakarinen MP, Rautiainen P et al. Comparison of direct and intravesical measurement of intraabdominal pressure in children. *J Pediatr Surg* 2006;41(8):1381-1385. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2006.04.030>.