

Thông báo lâm sàng: Nang ruột đôi trực tràng hiếm gặp, điểm lại y văn, chẩn đoán và hướng điều trị

Quách Văn Kiên^{1,2}, Phạm Quang Thái^{1,3}, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Hà Nội, 3. Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thị Thanh Tâm,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0904 838 099
Email: dragneelnatsu211@gmail.
com

Ngày nhận bài: 14/10/2025

**Ngày chấp nhận đăng:
28/11/2025**

Ngày xuất bản: 01/12/2025

Tóm tắt

Nang ruột đôi (intestinal duplication cyst) là dị tật bẩm sinh hiếm gặp của ống tiêu hóa, được đặc trưng bởi sự hiện diện của một cấu trúc nang có thành chứa cơ trơn và lớp niêm mạc tương tự như ruột. Trong đó vị trí ở trực tràng là rất hiếm gặp, chiếm chưa đến 5% các trường hợp. MRI đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định nang ruột đôi trực tràng và phân biệt tổn thương lành tính với ác tính. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để, lựa chọn đường mổ tùy vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của nang. Chúng tôi báo cáo trường hợp người bệnh nữ 72 tuổi, có tiền sử phẫu thuật u nang bì vùng tầng sinh môn, nhập viện vì đau vùng hậu môn. Hình ảnh MRI cho thấy khối nang vùng cùng cụt đề trực tràng, ranh giới rõ, không xâm lấn. Người bệnh được phẫu thuật bóc tách toàn bộ khối u qua đường sau cùng cụt. Giải phẫu bệnh sau mổ là nang ruột đôi trực tràng áp xe hóa, không ác tính. Sau phẫu thuật, người bệnh hồi phục tốt và ra viện sau 8 ngày. Ca bệnh này cho thấy vai trò của chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật triệt để trong điều trị nang ruột đôi trực tràng.

Từ khóa: Nang ruột đôi, nang ruột đôi trực tràng, nang ruột đôi trực tràng áp xe hóa.

Clinical report: Rare rectal duplication cyst, literature review, diagnosis, and management

Quach Van Kien^{1,2}, Pham Quang Thai^{1,3}, Nguyen Thi Thanh Tam¹

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hanoi Medical University, 3. University of Medicine and Pharmacy, VNU

Abstract

Intestinal duplication cyst is a rare congenital malformation of the gastrointestinal tract, characterized by a cystic structure with a smooth muscle wall and mucosal lining similar to that of the intestine. Among them,

the rectal location is extremely rare, accounting for less than 5% of cases. MRI plays an important role in confirming the diagnosis of rectal duplication cysts and determining benign from malignant lesions. Surgery is the definitive treatment, with the operative approach depending on the cysts location, size, and degree of invasion. We report a case of a 72-year-old female with a history of perineal dermoid cyst excision, admitted with anal pain. MRI revealed a well-defined presacral cystic mass compressing the rectum without invasion. The patient underwent complete cyst excision via a posterior trans-sacral approach. Histopathological examination confirmed an infected rectal duplication cyst (RDC) without malignancy. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day 8. This case highlights the role of imaging in diagnosis and the importance of complete surgical excision in managing rectal duplication cysts.

Keywords: Intestinal duplication cyst, rectal duplication cyst, infected rectal duplication cyst.

Đặt vấn đề

Nang ruột đôi (intestinal duplication cyst) là dị tật bẩm sinh hiếm gặp của ống tiêu hoá, đặc trưng bởi cấu trúc có thành cơ trơn và lớp niêm mạc tương tự niêm mạc ruột thật. Tổn thương có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào dọc theo ống tiêu hoá, nhưng vị trí ở trực tràng rất hiếm, dưới 5% tổng số trường hợp [2, 3].

Biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo vị trí và kích thước nang, từ không triệu chứng đến đau vùng chậu, táo bón, khối vùng hậu môn – trực tràng hoặc rò [3, 4]. Ở người lớn, bệnh thường được phát hiện tình cờ hoặc bị nhầm lẫn với các tổn thương vùng sau trực tràng khác như u trung mô, u nang bì, nang ống đuôi hoặc u ác tính [5, 6].

Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cộng hưởng từ (MRI), có vai trò quan trọng trong đánh giá đặc điểm cấu trúc, tín hiệu và mối liên quan giải phẫu, giúp phân biệt tổn thương lành tính với ác tính [5–8]. Nang lành thường có tín hiệu T1 thấp, T2 cao, vách mỏng đều và không xâm lấn; trong khi nang có nguy cơ ác tính hoá hoặc đã chuyển dạng ác tính thường có thành dày, mô đặc và bắt thuốc mạnh [8].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để RDC, lựa chọn đường mổ phụ thuộc vào vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn. Các kỹ thuật có thể bao gồm bóc tách qua đường tầng sinh môn, đường sau xương cùng (Kraske), đường mở bụng, nội soi ổ bụng hoặc kết hợp. Phẫu thuật nội soi hiện được xem là lựa

chọn an toàn và ít xâm lấn cho các tổn thương lành tính nhỏ hoặc khu trú [9, 10].

Trong bài viết này, chúng tôi trình bày một trường hợp nang ruột đôi trực tràng hiếm gặp ở người trưởng thành, đồng thời điểm lại y văn về đặc điểm dịch tễ, chẩn đoán hình ảnh và điều trị phẫu thuật của bệnh lý này.

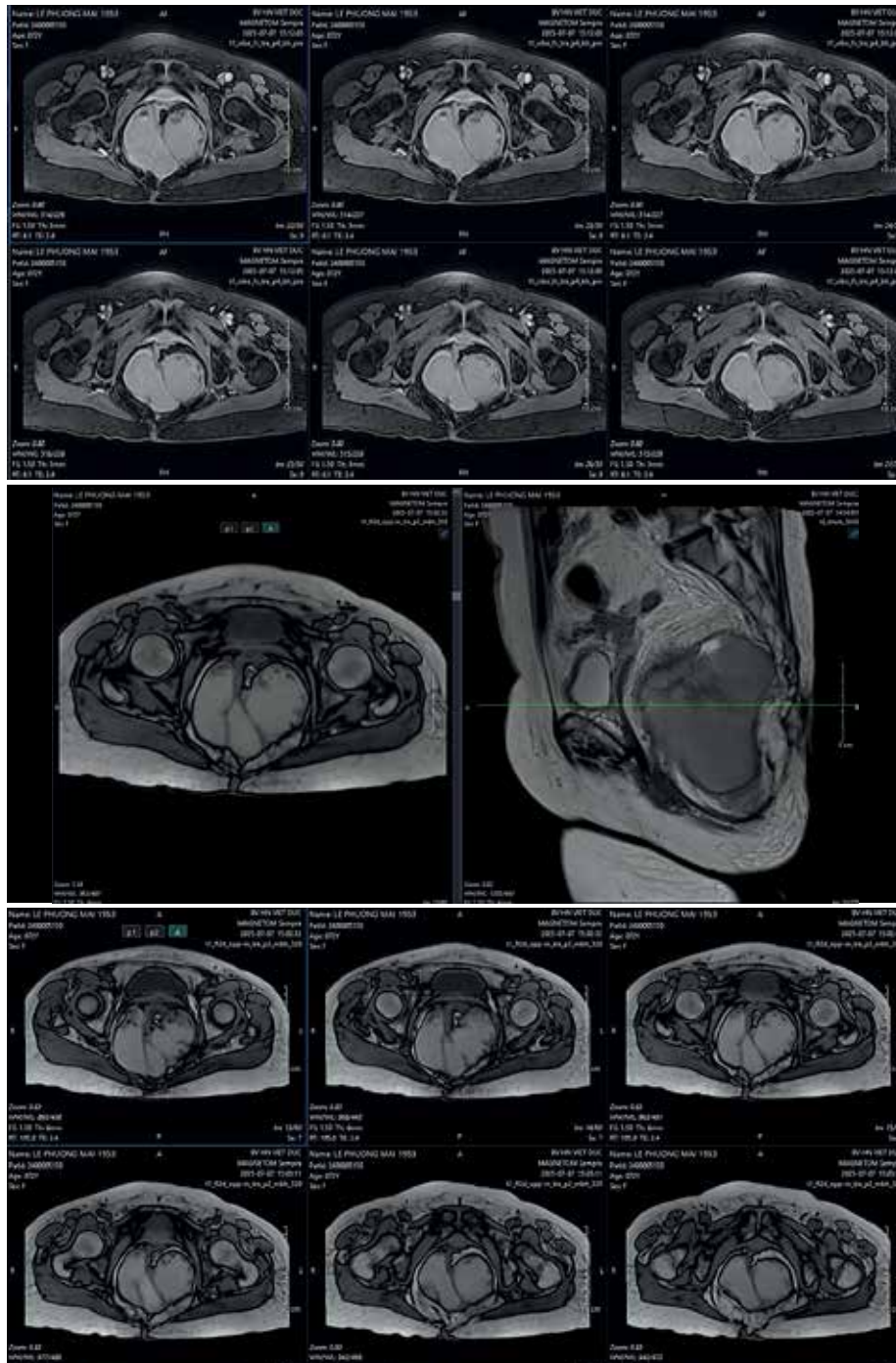
Ca lâm sàng

Người bệnh (NB) nữ, 72 tuổi có tiền sử tăng huyết áp 4 năm điều trị thường xuyên, mổ 2 lần: lần 1 mổ bóc u nang bì tầng sinh môn tháng 1/2024. Giải phẫu bệnh sau mổ: u nang bì; lần 2 mổ cắt gan hạ phân thùy 8 do HCC tháng 4/2025. Đợt này NB đi khám vì đau tức vùng hậu môn 1 tuần. Khám thấy vùng cùng cụt có khối sưng đau kích thước 10x12cm, mật độ mềm, di động, thăm trực tràng thấy khối đẩy từ thành sau trực tràng.

Trên phim chụp CLVT ổ bụng cho thấy hình ảnh vị trí mổ cũ vùng cùng cụt có cấu trúc tăng tỉ trọng dạng tổ chức, kích thước 105x102 mm, không ngấm thuốc sau tiêm, bên trong có cấu trúc dạng nang tỷ trọng mỡ, kích thước 41x29 mm, ranh giới rõ. Khối có ranh giới rõ, thùy múi, dễ đẩy nhẹ trực tràng thấp và ống hậu môn ra trước, không xâm lấn, không lan vào ống sống, không gây tiêu xương cùng cụt, lân cận có hạch đường kính 7,5 mm. MRI tiểu khung thấy hình ảnh vùng cùng cụt phía sau trực tràng có khối 94x107x118mm, gồm phần nang dịch không

đồng nhất, ít dịch bên trên, tăng tín hiệu trên T2, giảm trên T1 và phần lớn nang dịch tăng tín hiệu trên T1fatsat, giảm trên T2 dạng nang dịch nhầy, không thấy phần tổ chức ngấm thuốc sau tiêm, có viền dày không đều. Khối có ranh giới rõ, thùy

múi, đè đẩy trực tràng thấp ra trước, không xâm lấn, không lan vào ống sống, không gây tiêu xương cùng cụt. Nội soi đại trực tràng không phát hiện bất thường. Các xét nghiệm máu nằm trong giới hạn bình thường.

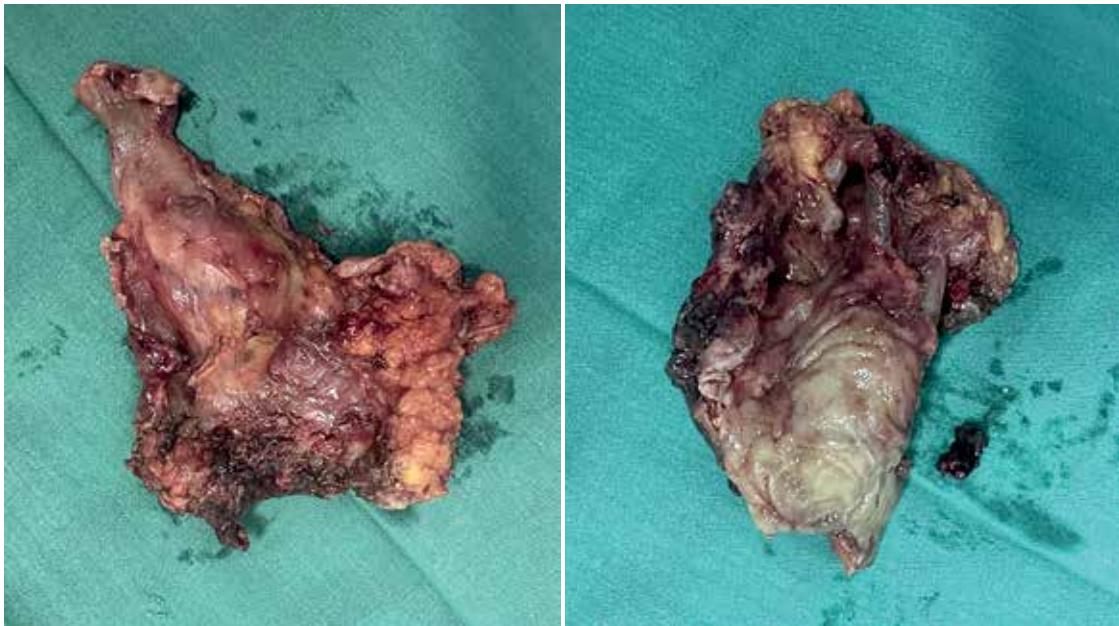


Hình 1. Hình ảnh nang ruột đôi trực tràng trên MRI tiểu khung [5–7]

NB được chẩn đoán trước mổ là u nang bì cùng cụt tái phát áp xe hóa. NB được kê theo tư thế sản khoa với đường mổ từ bờ ngoài cơ thắt ngoài vị trí 6h theo rãnh mông đến móm xương cụt. Đánh giá trong mổ thấy khối u kích thước 10x12cm, bên trong chứa nhiều dịch mủ đục. NB được phẫu thuật làm sạch ổ áp xe, bóc toàn bộ khối dạng nang, đặt dẫn lưu trước xương cụt. Hình ảnh đại thể trong mổ: Nang thành dày mỏng không đều, lớp trong cùng có đặc điểm của niêm mạc ống tiêu hóa. Sau 1 ngày NB được chỉ định cho ăn qua đường miệng. Sau mổ có tình trạng nhiễm trùng vết mổ vùng cùng cụt, NB được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ kết hợp thay băng. NB ổn

định, đi lại tốt, không đau và được ra viện sau 8 ngày.

Giải phẫu bệnh sau mổ (vd25-27762) mô tả nang có cấu trúc các lớp của ống tiêu hóa, lòng có niêm mạc tuyến giống niêm mạc đại trực tràng với các tuyến hình ống lót bởi tế bào trụ có bờ bàn chải và nhiều tế bào tiết nhầy (Globlet cell). Lớp đệm niêm mạc dưới biểu mô xâm nhập nhiều tế bào lympho, có chỗ tạo nang với tâm mầm rõ. Thành nang thấy các lớp cơ trơn xếp thành bó. Không thấy loạn sản và ác tính. Kết quả cấy vi sinh dịch nang thấy vi khuẩn *Corynebacterium amycolatum* nhạy Linezolid, Tetracycline và Vancomycin Chẩn đoán sau mổ là nang trực tràng đôi áp xe hóa.



Hình 2. Bệnh phẩm nang trực tràng đôi sau khi lấy bỏ: nang có đặc điểm tương đồng với thành trực tràng

Bàn luận

Đặc điểm dịch tễ học: Nang ruột đôi (duplication cyst) là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp của ống tiêu hóa, chiếm khoảng 0,2% các khối u vùng trực tràng. Trong đó, nang ruột đôi trực tràng (Rectal duplication Cyst: RDC) đặc biệt hiếm, chỉ chiếm 4–8% trong tổng số nang ruột đôi nói chung [2]. Phần lớn các

trường hợp được chẩn đoán ở trẻ em, thường trước 2 tuổi. Tuy nhiên, nang ruột đôi trực tràng ở người lớn rất hiếm. Trong số đó, tỷ lệ gặp ở nữ cao hơn nam và thường phát hiện tình cờ hoặc khi có biến chứng nhiễm trùng hoặc chèn ép. Do đặc điểm nằm sâu trong tiểu khung và thường không có triệu chứng rõ rệt, nên nang ruột đôi trực tràng ở người lớn thường

bị chẩn đoán muộn và dễ nhầm với u sau phúc mạc, u xương cụt hoặc u trung mô vùng chậu [1, 3].

Chẩn đoán xác định RDC dựa vào lâm sàng và MRI tiểu khung.

RDC thường không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng cho đến khi có biến chứng hoặc đạt kích thước đủ lớn, biểu hiện bằng hội chứng trực tràng: đau tăng sinh môn, cảm giác căng tức, mót rặn và rối loạn đại tiện tăng dần. Thăm trực tràng thường sờ thấy khối đề đẩy từ phía sau, không di động, bề mặt nhẵn, ấn căng tức như có dịch bên trong.

MRI tiểu khung có vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định RDC, là phương tiện hình ảnh tối ưu để đánh giá và phân loại nang ruột đôi lành tính hay có tính chất ác tính. Nang lành tính có tín hiệu T1 thấp, T2 cao, thành mỏng, không bắt thuốc, không xâm lấn. Dấu hiệu nghi ngờ ác tính gồm: thành dày, không đều, có mô đặc, tăng tín hiệu T1 (nội dung máu, chất nhầy), xâm lấn mô xung quanh, hoặc có hoại tử [5, 6, 8].

Bảng 1: So sánh Nang ruột đôi trực tràng lành tính vs ác tính trên MRI [5, 8]

Đặc điểm MRI	Lành tính	Ác tính / nghi ngờ
Thành nang	Mỏng, đều, giới hạn rõ	Dày, không đều, có thể kèm mô đặc
Phản ứng thuốc cản quang	Không bắt thuốc hoặc rất nhẹ	Bắt thuốc mạnh sau tiêm, đặc biệt tại vùng mô đặc
Xâm lấn mô lân cận	Không xâm lấn mô xung quanh	Có thể xâm lấn trực tràng hoặc tổ chức chậu
Hạch vùng chậu	Không có hạch bất thường	Có thể thấy hạch nổi hoặc bất thường vùng chậu
Tín hiệu T1 / T2	T1 thấp, T2 cao (dịch trong)	T1 tăng nếu có máu/protein; T2 không đồng nhất hoặc giảm nếu hoại tử/mô đặc

Chỉ định phẫu thuật nang ruột đôi trực tràng [4, 9]

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật đối với nang ruột đôi trực tràng cần dựa vào lâm sàng, MRI tiểu khung để xác định rõ tính chất lành tính và ác tính trước mổ [5, 8].

Nang ruột đôi trực tràng lành tính

Chỉ định phẫu thuật: Triệu chứng lâm sàng rõ: đau vùng tăng sinh môn, khó đi tiêu, bí tiểu, viêm quanh miệng nối, hoặc nhiễm trùng tái phát; Kích thước lớn (>3–4 cm), gây chèn ép cơ quan lân cận: trực tràng, âm đạo, bàng quang; Biến chứng nhiễm trùng/áp xe tái đi tái lại [1, 3, 4, 9]. Các phương pháp phẫu thuật lựa chọn [4, 9]:

Bảng 2. Các phương pháp điều trị RDC lành tính

Phương pháp	Chỉ định	Ưu điểm	Hạn chế
Mở tăng sinh môn lấy toàn bộ nang	Nang sau trực tràng thấp, dưới cơ nâng hậu môn	Ít xâm lấn, bảo tồn hệ cơ thắt	Giới hạn với nang cao
Cắt qua xương cụt (Kraske)	Nang ở khoảng sau trực tràng	Tiếp cận rõ ràng	Nguy cơ tổn thương TK cùng cụt
PT Nội soi cắt nang qua đường bụng bụng	Nang cao, gần phúc mạc-trực tràng	Quan sát rõ, kiểm soát tốt	Yêu cầu kỹ thuật cao

Nang ruột đôi trực tràng nghi ngờ ác tính

Chỉ định phẫu thuật: Bằng chứng ác tính trên MRI hoặc sinh thiết trước mổ (ung thư biểu mô trực tràng); Tăng sinh không đều, ngấm thuốc mạnh ở thành nang; Tăng kích thước nhanh hoặc nghi ngờ di căn hạch [4, 5, 8, 9]

Nguyên tắc và lựa chọn phương pháp phẫu thuật của RDC ác tính cũng tương tự như phẫu thuật trong ung thư trực tràng, dựa vào vị trí của RDC, mức độ xâm lấn thành trực tràng, phần trực tràng thấp lành tính còn lại. Phẫu thuật nội soi cũng có thể được áp dụng với điều kiện phẫu thuật viên có kinh nghiệm,

khả năng đánh giá tổn thương trong mổ để quyết định phương pháp phẫu thuật tối ưu nhất cho NB.

Bảng 3. Các phương pháp điều trị RDC ác tính

Phương pháp	Chỉ định	Ưu điểm	Hạn chế
Cắt đoạn trực tràng, nạo vét hạch, nối ngay	Tổn thương nang xâm lấn phần cao trực tràng	Kiểm soát tốt tổn thương, giữ được chức năng HM	Phẫu thuật lớn
Cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn	Tổn thương nang xâm lấn phần thấp trực tràng	Đảm bảo tốt về ung thư học	Mất chức năng hậu môn

Theo dõi và điều trị sau phẫu thuật

Mục tiêu của theo dõi sau mổ đối với RDC nhằm: (1) Phát hiện sớm biến chứng sau phẫu thuật như: nhiễm trùng vết mổ, rò, chảy máu vị trí bóc tách, hoặc tổn thương thần kinh vùng tầng sinh môn. (2) Tầm soát nguy cơ tái phát do không lấy hết toàn bộ nang lần phẫu thuật trước. (3) Theo dõi khả năng ác tính hóa tiềm ẩn (nếu mô bệnh học chưa rõ ràng hoặc có dấu hiệu nghi ngờ). (4) Hồi phục chức năng đại tiện và hoạt động tình dục sau mổ [5, 8].

Đối với tổn thương lành tính, nên kiểm tra bằng MRI tiểu khung sau mổ 3 – 6 tháng và khi có triệu chứng lâm sàng. Đối với tổn thương ác tính cần điều trị theo hướng giai đoạn của ung thư trực tràng kèm theo kiểm tra định kỳ bằng MRI [5–7].

Kết luận

Nang ruột đôi trực tràng là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp, thường được phát hiện muộn ở người trưởng thành do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và dễ nhầm với các tổn thương khác vùng tiểu khung. Vì vậy cần thăm khám kỹ vùng tầng sinh môn và thăm trực tràng đánh giá mối liên quan với trực tràng. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là MRI, giúp đánh giá chính xác vị trí, đặc điểm nang và phân biệt tổn thương lành tính – ác tính.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất có khả năng triệt căn, cần được lựa chọn linh hoạt dựa trên kích thước, vị trí, mức độ xâm lấn và tính chất tổn thương. Theo dõi sau mổ đóng vai trò quan trọng nhằm phát hiện sớm tái phát hoặc biến chứng muộn. Việc nhận biết sớm và điều trị đúng hướng giúp tiên lượng tốt, giảm nguy cơ biến chứng, đặc biệt ở NB lớn tuổi hoặc có tiền sử phẫu thuật vùng chậu.

Tài liệu tham khảo

1. Liu R, Adler DG. Duplication cysts: Diagnosis, management, and the role of endoscopic ultrasound. *Endosc Ultrasound*. 2014;3(3):152-160. doi:10.4103/2303-9027.138783
2. Jackson KL, Peché WJ, Rollins MD. An unusual presentation of a rectal duplication cyst. *Int J Surg Case Rep*. 2012;3(7):314-315. doi:10.1016/j.ijscr.2012.03.015
3. Anastasiadou S, Tekkis P, Kontovounisios C. An unusual rectal duplication cyst. *Surg Case Rep*. 2019;5(1):75. doi:10.1186/s40792-019-0631-8
4. Clinical Characteristics and Surgical Treatment of Presacral Cysts | Iris Publishers. Accessed October 28, 2025. <https://irispublishers.com/ajgh/fulltext/clinical-characteristics-and-surgical-treatment-of-presacral-cysts.ID.000534.php>
5. Dwarkasing RS, Verschuuren SI, van Leenders GJLH, Braun LMM, Krestin GP, Schouten WR. Primary Cystic Lesions of the Retrorectal Space: MRI Evaluation and Clinical Assessment. *American Journal of Roentgenology*. 2017;209(4):790-796. doi:10.2214/AJR.16.17329
6. Patel N, Maturen KE, Kaza RK, Gandikota G, Al-Hawary MM, Wasnik AP. Imaging of presacral masses--a multidisciplinary approach. *Br J Radiol*. 2016;89(1061):20150698. doi:10.1259/bjr.20150698
7. Beattie CH, Garvey CJ, Hershman MJ. Endorectal magnetic resonance imaging of a rectal duplication cyst. *Br J Radiol*. 1999;72(861):896-898. doi:10.1259/bjr.72.861.10645197
8. Fraccalvieri D, Kreisler E, Paúles MJ, Biondo S. Malignant rectal duplication cyst: Management and literature review, learning from a clinical experience. *Cir Esp*. 2023;101(12):875-877. doi:10.1016/j.cireng.2023.02.001
9. Kwak HD, Ju JK. Laparoscopic Resection of a Huge Retrorectal Tumor. *Ann Coloproctol*. 2020;36(1):54-57. doi:10.3393/ac.2018.07.31.1
10. Gunkova P, Martinek L, Dostalík J, Gunka I, Vavra P, Mazur M. Laparoscopic approach to retrorectal cyst. *World J Gastroenterol*. 2008;14(42):6581-6583. doi:10.3748/wjg.14.6581