

U NANG RUỘT ĐÔI SÁT GÓC TREITZ Ở NGƯỜI LỚN – BÁO CÁO MỘT CA PHẪU THUẬT BÓC TRỌN U

Bùi Quang Chiến¹, Phương Minh Hải¹

Ngày nhận bài: 09/7/2025; Ngày phản biện thông qua: 26/8/2025; Ngày duyệt đăng: 08/10/2025

TÓM TẮT

U mạc treo là một nhóm tổn thương hiếm gặp, có thể phát sinh từ bất kỳ thành phần nào của mạc treo, bao gồm phúc mạc, mô bạch huyết, mô mỡ, mô liên kết và mạc nối. Biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, dao động từ không có triệu chứng đến đau bụng mạn tính tái diễn hoặc các biến chứng cấp tính. Phần lớn trường hợp được phát hiện tình cờ qua thăm khám hình ảnh học. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào mô bệnh học sau phẫu thuật hoặc sinh thiết. Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào bản chất mô học của tổn thương: các khối u lành tính thường được điều trị hiệu quả bằng phẫu thuật bóc tách đơn thuần, trong khi các tổn thương ác tính xâm lấn có thể cần can thiệp triệt để hơn, bao gồm cả cắt đoạn ruột. U nang ruột đôi là một trong số u lành tính mạc treo và là dị tật bẩm sinh hiếm gặp ở người lớn. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân nữ 35 tuổi nhập viện vì đau bụng, được chẩn đoán trước mổ là u mạc treo theo dõi nang ruột đôi bội nhiễm. Bệnh nhân được phẫu thuật bóc trọn u mà không làm tổn thương mạch máu mạc treo hay phải cắt đoạn ruột. Giải phẫu bệnh xác định tổn thương là u mạc treo ruột non dạng nang ruột đôi.

Từ khóa: U, mạc treo, ruột đôi, nang.

1. MỞ ĐẦU

U mạc treo là một bệnh lý hiếm gặp, bao gồm một nhóm tổn thương không đồng nhất, có nguồn gốc từ các thành phần khác nhau của mạc treo như phúc mạc, mô bạch huyết, mô mỡ, mô liên kết và mạc nối. Tỷ lệ mắc ước tính vào khoảng 1/350.000 đến 1/200.000 dân. Các tổn thương này có thể được phân loại theo đặc điểm mô học thành đặc hoặc nang, và theo bản chất sinh học thành lành tính hoặc ác tính. Do biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, u mạc treo thường được phát hiện tình cờ qua các thăm khám hình ảnh học hoặc trong quá trình phẫu thuật vì các triệu chứng mơ hồ như đau bụng, chướng bụng hoặc khối bất thường vùng bụng. Việc chẩn đoán xác định thường cần đến mô bệnh học, thông qua sinh thiết kim hoặc phẫu thuật cắt bỏ khối u. Các lựa chọn điều trị thay đổi rất nhiều tùy thuộc vào bản chất của tổn thương; chúng bao gồm từ chỉ theo dõi đơn thuần đến can thiệp phẫu thuật. Các khối u mạc treo lành tính được phân định rõ ràng có triệu chứng thường được điều trị bằng cách cắt bỏ đơn thuần. Ngược lại, các khối u ác tính xâm lấn đòi hỏi phải cắt bỏ triệt để; đánh giá trước phẫu thuật cần thận để đánh giá mối quan hệ giữa khối u với các cấu trúc mạch máu và cơ quan lân cận là điều cần thiết nhằm tránh nguy cơ cắt đoạn ruột diện rộng có thể gây hội chứng ruột ngắn trong giai đoạn hậu phẫu.

U nang ruột đôi là phân nhóm hiếm gặp ở u

mạc treo và là dị tật bẩm sinh rất hiếm gặp ở người lớn. Theo y văn, các nghiên cứu về bệnh này khá ít, chỉ có vài ca được báo cáo.

Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo một trường hợp: bệnh nhân 35 tuổi nhập viện vì đau bụng và được chẩn đoán u mạc treo dạng nang ruột đôi – một thể bệnh hiếm gặp ở người trưởng thành.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 35 tuổi vào khám đau bụng. Bệnh khởi phát cách nhập viện 2 tuần với triệu chứng đau bụng âm ỉ vùng bụng trái, không nôn ói, sáng cùng ngày nhập viện bệnh nhân đau bụng nhiều xin nhập viện.

Bệnh nhân vào khoa khám thấy:

Dấu hiệu sinh tồn ổn định, da niêm hồng, không sốt, không ho, không nốt xuất huyết.

Không có tiền sử chấn thương, va chạm gì.

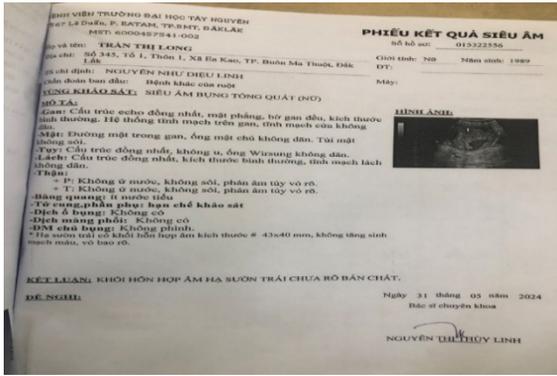
Van đau bụng âm ỉ vùng thượng vị và hạ sườn trái, ợ hơi, ợ chua, cảm giác nóng rát vùng thượng vị. Không nôn ói. Đại trung tiện bình thường.

Khám thực thể: ấn đau tức vùng hạ sườn trái nhiều, phản ứng thành bụng không có

Siêu âm: Khối hỗn hợp âm kích thước 43x40 mm vùng hạ sườn trái. Theo dõi Nang ruột đôi bội nhiễm, áp xe hóa vùng hạ sườn trái.

¹Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên;

Tác giả liên hệ: Bùi Quang Chiến; Email: quangchienqnavn@gmail.com



Hình 1. Hình ảnh siêu âm khối hỗn hợp âm vùng hạ sườn trái

Nguồn: hình chụp siêu âm bệnh nhân tại khoa Ngoại BV ĐH Tây Nguyên.

Chụp X-quang ổ bụng: chương hơi quai ruột vùng hạ sườn trái.



Hình 2. Hình ảnh X Quang bụng đứng

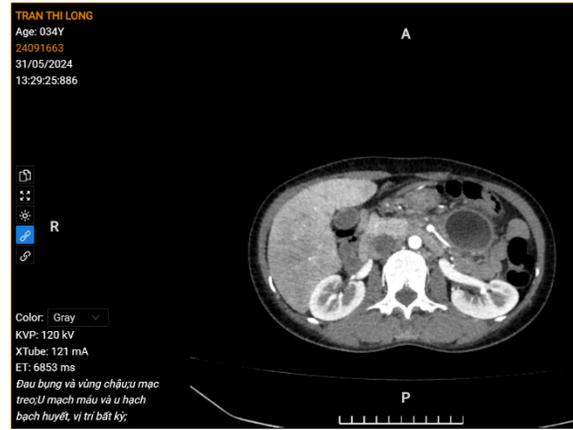
Nguồn: hình chụp bệnh nhân tại khoa Ngoại BV ĐH Tây Nguyên

CT ổ bụng: tổn thương dạng nang trong mạc treo vùng bụng trái, theo dõi nang ruột đôi bội nhiễm.



Hình 3. Hình ảnh CT ổ bụng pha tĩnh mạch

Nguồn: hình chụp bệnh án tại khoa Ngoại BV ĐH Tây Nguyên



Hình 4. Hình ảnh CT ổ bụng pha động mạch

Nguồn: hình chụp bệnh án tại khoa Ngoại BV ĐH Tây Nguyên

Xét nghiệm công thức máu Hb giảm nhẹ 11,4g/dL, HC $3,81 \cdot 10^6/uL$, Hct 32,4%

MST: 6000487541-002 Số hồ sơ: 015322556

Họ và tên: **TRAN THI LONG** Giới tính: Nữ Năm sinh: 1989

Địa chỉ: Số 345, Tổ 1, Thôn 1, Xã Ea Kao, TP. Buôn Ma Thuột, Đắk Lắk Đ. thoại:

Bs chỉ định:

Chẩn đoán ban đầu:

XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC

STT	Thông số	Kết quả	ĐVT	Trị số bình thường
1	WBC	8.32	$10^3/uL$	4.00 - 10.00
2	NEUT#	4.85	$10^3/uL$	2.00 - 7.00
3	NEUT%	56.9	%	40.0 - 75.0
4	LYMPH#	2.78	$10^3/uL$	0.80 - 4.00
5	LYMPH%	32.6	%	20.0 - 40.0
6	MONO#	0.47	$10^3/uL$	0.10 - 1.20
7	MONO%	5.5	%	3.0 - 12.0
8	EO#	0.39	$10^3/uL$	0.00 - 0.50
9	EO%	4.6	%	0.5 - 5.0
10	BASO#	0.03	$10^3/uL$	0.00 - 0.10
11	BASO%	0.4	%	0.0 - 1.0
12	RBC	3.87	$10^6/uL$	4.0 - 5.20
13	HGB	11.4	g/dL	12.0 - 16.0
14	HCT	32.4	%	37.0 - 54.0
15	MCV	85	fL	80.0 - 100.0
16	MCH	29.9	pg	27.0 - 34.0
17	MCHC	35.2	g/dL	32.0 - 36.0
18	RDW-SD	37.7	fL	35.0 - 56.0
19	RDW-CV	11.9	%	11.0 - 16.0
20	PLT	301	$10^3/uL$	150 - 400
21	PDW	7.9	fL	9.0 - 17.0
22	MPV	8.3	fL	6.5 - 12.0
23	P-LCR	11	%	13.0 - 43.0
24	PCT	0.25	%	0.17 - 0.35
25	IGf	0.01	$10^3/uL$	0.00 - 7.00
26	IGc	0.1	%	0.0 - 72.0
27	WBC-BF		$10^3/uL$	
28	RBC-BF		$10^6/uL$	
29	MN#		$10^3/uL$	
30	PMN#		$10^3/uL$	
31	TC-BF#		$10^3/uL$	

ÔNG PHÂN TÍCH NƯỚC TIỂU THƯỜNG SỐ

STT	Thông số	Kết quả	ĐVT	Trị số bình thường	
1	LEU	-	15	Leu/uL	neg
2	NIT	-			neg
3	URO	0	mg/dL		
4	PRO	-			neg
5	PH	7.5		4.8-7.4	
6	BLO	-			neg

Hình 5. Hình ảnh công thức máu

Nguồn: hình chụp bệnh án tại khoa Ngoại BV ĐH Tây Nguyên

Khoa phòng chẩn đoán: u ổ bụng, td u mạc treo, phân biệt nang ruột đôi bị viêm.

Xử trí: lên lịch mổ chương trình

Tường trình phẫu thuật:

Bệnh nhân mê nội khí quản, đặt bệnh nhân nằm ngửa, vào ổ bụng bằng 3 lỗ trocar. Bóc tách kiểm tra thấy u vùng mạc treo sát góc Treitz, dính vào đại tràng ngang. Đánh giá khối u có đường kính khoảng 6cm, viêm dính nhiều, bóc tách qua nội soi

khó khăn, quyết định chuyển mổ mở.

Rạch da theo đường trắng giữa trên rốn dài khoảng 10cm, vào ổ bụng, vén bộc lộ rộng phẫu trường vùng khối u. Kiểm tra thấy u mạc treo ruột non, đoạn hồng tràng cách góc Treitz khoảng 10 cm, dính vào đại tràng ngang, dính vào bờ phải của mạc treo ruột. Dùng ABD chèn đẩy ruột xung quanh xuống, bộc lộ rõ khối u. Tiến hành tách dính đại tràng dễ dàng, không thấy xâm lấn. Kiểm tra mặt đối diện của u không thấy xâm lấn, chỉ thấy tổ chức u viêm đỏ, có một ít giả mạc ở vùng rìa khối u. Khối u tròn đều trơn lán, ấn không xẹp.

Tiến hành bóc tách u từ gốc mạc treo lên, cách gốc mạc treo khoảng 3 cm cảm thấy khó khăn khi bóc tách, quyết định bóc tách u từ bờ tự do ruột, bóc tách khối u thấy có giới hạn và bề mặt phẳng rõ ràng, dùng gạc ướt đẩy nhẹ, vừa bóc tách vừa cầm máu tách lấy trọn khối u kích thước 6 cm, kiểm tra không tổn thương mạch máu mạc treo, ruột không tím, mạc treo bên đối diện vị trí u không thủng.

Tiến hành kiểm tra, cầm máu kỹ, lau bụng, đóng bụng 3 lớp.



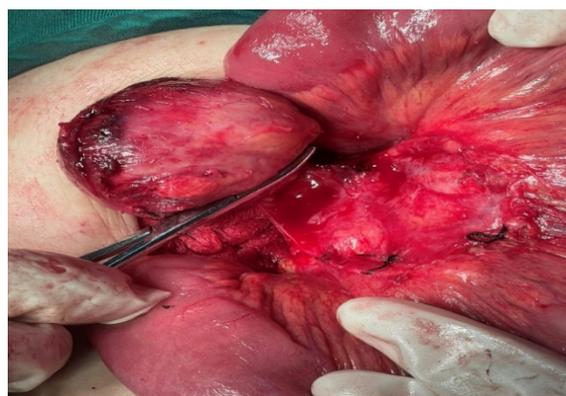
Hình 6. Hình ảnh khối u qua nội soi ổ bụng

Nguồn: hình chụp bệnh nhân tại Phòng mổ BV ĐH Tây Nguyên



Hình 7. Hình ảnh bóc tách khối u từ bờ gốc mạc treo ruột

Nguồn: hình chụp bệnh nhân tại Phòng mổ BV ĐH Tây Nguyên



Hình 8. Hình ảnh bóc tách khối u hướng từ bờ tự do ruột

Nguồn: hình chụp bệnh nhân tại Phòng mổ BV ĐH Tây Nguyên



Hình 9. Hình ảnh bóc tách lấy trọn khối u

Nguồn: hình chụp bệnh nhân tại Phòng mổ BV ĐH Tây Nguyên



Hình 10. Hình ảnh u được cắt bỏ sau mổ

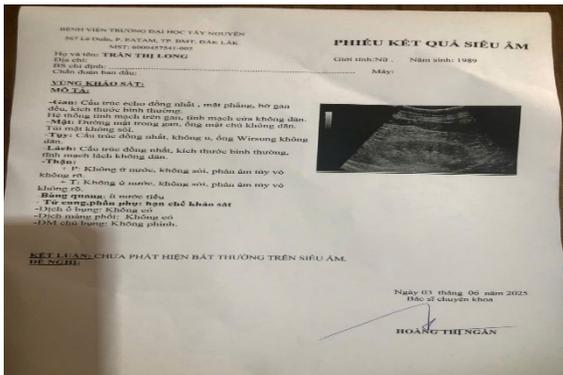
Nguồn: hình chụp tại phòng mổ BV ĐH Tây Nguyên

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: nang biểu mô thoái hóa trong lòng nang



Hình 11. Kết quả giải phẫu bệnh

Nguồn: hình chụp bệnh án tại khoa Ngoại BV ĐH Tây Nguyên



Hình 12. Hình ảnh siêu âm tái khám sau mổ 12 tháng

Nguồn: hình chụp bệnh án tại khoa Ngoại BV ĐH Tây Nguyên

3. BÀN LUẬN

Theo y văn, các trường hợp u mạc treo ruột non là một bệnh lý tương đối hiếm gặp tần suất mắc bệnh khoảng 1/350000 – 1/200000 người (Seymour, 2022). Đối với trường hợp u nang biểu mô mạc treo ruột non hay u nang ruột đôi là một tổn thương hiếm gặp ở trẻ em, với tỉ lệ 1/4500 trẻ sinh ra, có ưu thế nhẹ ở nam so với nữ (Tiwari et al., 2017). Tuy nhiên, tổn thương này ở người lớn lại rất hiếm và chỉ được mô tả vài trường hợp (Shinde, 2022).

U nang ruột đôi hồi tràng có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện bằng đau bụng, tắc ruột non, khối u bụng sờ thấy hoặc đi ngoài ra máu. Hiếm hơn, có biến đổi ác tính bên trong u nang ruột đôi (Johnson & Poole, 1994). Bệnh nhân chúng tôi vào viện vì những đợt đau bụng tái diễn, đau bụng do tăng áp lực trong lòng nang do niêm mạc tiết dịch hoặc do viêm theo như Gupta A (Gupta et al., 2016).

Bệnh nhân chúng tôi có nang ruột đôi ở vị trí hồng tràng cách góc Trietz 10cm, điều này là tương tự bài báo của Al- Harake và cộng sự 2013 đề cập về vị trí của nang ruột đôi. Theo nghiên cứu này vị trí của nang ruột đôi ở ruột non thường gặp nhất là

hồng tràng chiếm đến 50%, kế đến là vị trí ở hồi tràng chiếm 44% và ít gặp nhất là tá tràng chiếm 2-12% (Al-Harake et al., 2013). Hơn thế nữa vị trí u nang ruột đôi ở hồng tràng lại thường nằm ở bờ mạc treo như Wan đề cập (Wan et al., 2010), điều này tương tự ca bệnh này của chúng tôi.

Hình ảnh siêu âm ban đầu gợi ý nang ruột đôi bị viêm, khi chụp CT ổ bụng thì kết quả cũng gợi ý tổn thương dạng nang trong mạc treo vùng bụng trái, theo dõi nang ruột đôi bội nhiễm. Theo Jayasundara u bạch mạch là chủ yếu trong nhóm u mạc treo lạnh tính (Jayasundara et al., 2017), u nang ruột thì khá hiếm. Vấn đề đặt ra là trước mổ chúng ta cần có sự phân biệt rõ nang ruột đôi với các trường hợp như u nang bạch mạch, nang mạc treo đơn thuần, nang giả tụy, u mỡ hay u xơ mạc treo (Seymour, 2022). Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, kết quả siêu âm cũng chưa thể chẩn đoán một nang ruột đôi, chỉ có CT ổ bụng cho hình ảnh gợi ý theo dõi nang ruột đôi. Theo Frering và Van Pham N (Frering et al., 1995; Van Pham et al., 2024) siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được ưa chuộng, chủ yếu vì khả năng phát hiện dấu hiệu thành đôi và nhu động ruột. Nhu động ruột trong nang ruột đôi thường biểu hiện dưới dạng co thắt vòng, kèm theo kiểu co thắt đồng tâm của thành nang. Đáng chú ý, sự hiện diện của nhu động ruột trong nang cận ruột là dấu hiệu chỉ điểm cao của nang ruột đôi và có thể đóng vai trò là đặc điểm chẩn đoán có giá trị. Trong khi đó, chụp CT cung cấp thông tin có giá trị về vị trí, kích thước và các biến chứng của nang, cũng như bất kỳ bất thường nào liên quan và mối quan hệ giải phẫu của nó với các cấu trúc lân cận. Hơn nữa theo Shah A (Shah et al., 2012), U nang ruột đôi có thể được nhận biết trên chụp CT thường quy là cấu trúc nang tròn tròn, chứa đầy dịch hoặc cấu trúc hình ống bên trong có thành hơi tăng đậm độ ở hoặc liền kề với phần thành của đường tiêu hóa.

Khi vào cuộc mổ, bộc lộ khối u ta đánh giá vị trí kích thước, mật độ và hạch xung quanh để cùng cận lâm sàng và lâm sàng giúp xác định bản chất ban đầu có thể là u lành hay u ác và từ đó có cách xử lý phù hợp với từng loại u như Neal đề cập (Seymour, 2022). Trường hợp bệnh nhân chúng tôi từ lâm sàng đến cận lâm sàng và đánh giá trong mổ ban đầu gợi ý tỉ lệ lành tính là cao. Vì bệnh viện chúng tôi chưa có sinh thiết lạnh nên chúng tôi quyết định xử trí theo hướng lành tính. Chúng tôi quyết định bóc tách khối u, vấn đề đặt ra là làm sao để tổn thương mạch máu và cấu trúc mạc treo ít nhất và hạn chế phải cắt bỏ đoạn ruột do thiếu máu nuôi dưỡng do bóc tách phải thắt mạch máu nuôi như (Dufay et al., 2012).

Ban đầu chúng tôi tiếp cận tách từ bờ trong của khối u (phía gốc mạc treo), tuy nhiên cách tiếp cận này chảy máu, dính và không hiệu quả, chúng tôi đổi sang bờ ngoài khối u và cách tiếp cận này lại dễ hơn rất nhiều và chúng tôi bóc lấy trọn được khối u mà không tổn thương mạch máu mạc treo nào đáng kể cũng như không phải cắt một đoạn ruột nào. Như vậy việc đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng ngay từ đầu cùng với đánh giá trong mổ rất quan trọng trong quyết định xử lý khối u mạc treo như thế nào tiếp theo như Dufay (Dufay et al., 2012) nói. Hơn nữa, nếu ta đánh giá khả năng u là lành tính cao, việc bóc tách sát khối u, đi từ bờ ngoài và có thể bóc lấy trọn u sẽ giúp phẫu thuật viên xử lý khối u dễ dàng và thuận tiện hơn. Hay mối tương quan của u với nhánh lớn của động mạch mạc treo tràng trên qua CT có cản quang cũng là một chìa khóa quan trọng giúp cuộc phẫu thuật thành công (Seymour, 2022).

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy lòng nang có

chứa biểu mô phủ kiểu niêm mạc ruột. Ngoài ra u nang ở bờ mạc treo; điều này phù hợp với nang ruột đôi.

4. KẾT LUẬN

U nang ruột đôi đường tiêu hóa là tổn thương bẩm sinh hiếm gặp ở người lớn. Một số bệnh nhân không có triệu chứng trong khi những bệnh nhân khác có thể biểu hiện đau bụng, chảy máu và đau bụng. Vị trí u nang ruột đôi ở ruột non gặp nhiều nhất là tại hồng tràng, và vị trí này u thường ở bờ mạc treo. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tay để thiết lập chẩn đoán nhờ vào hình ảnh nhu động và thành đôi thành ba của nang. CT scanner ổ bụng giúp xác định mối tương quan các cấu trúc lân cận để giúp ích quá trình mổ. Nếu chưa có tổn thương nghi hóa ác, phương pháp điều trị là cắt bỏ nang, với bảo tồn tối đa ruột và hạn chế tổn thương mạc treo ruột.

ENTERIC DUPLICATION CYST ADJACENT TO THE TREITZ ANGLE IN AN ADULT: A CASE REPORT OF COMPLETE SURGICAL EXCISION WITH PRESERVATION OF MESENTERIC VASCULATURE

Bui Quang Chien¹, Phuong Minh Hai¹

Ngày nhận bài: 09/7/2025; Ngày phản biện thông qua: 26/8/2025; Ngày duyệt đăng: 08/10/2025

ABSTRACT

Mesenteric tumors are rare and heterogeneous lesions, with an estimated incidence ranging from 1 in 350,000 to 1 in 200,000 people. These tumors can arise from any component of the mesentery, including the peritoneum, lymphatic tissue, fat, connective tissue, and omentum. Histologically, they may be solid or cystic, benign or malignant. Due to their often-nonspecific symptoms, most cases are incidentally discovered through imaging studies. A definitive diagnosis usually requires histopathological evaluation via biopsy or surgical excision. Treatment strategies vary depending on the nature of the lesion, ranging from conservative observation to surgical intervention. Symptomatic benign tumors are typically managed effectively with simple excision, whereas invasive malignant tumors may necessitate extensive oncologic resection, potentially involving bowel resection and increasing the risk of short bowel syndrome. We report the case of a 35-year-old female patient who was admitted with an intra-abdominal mass, initially diagnosed preoperatively as a mesenteric tumor with a differential of superinfected enteric duplication cyst. The mass was completely excised without injury to the mesenteric vessels or the need for bowel resection. Histopathological analysis confirmed a benign mesenteric tumor of the small intestine, identified as a degenerative epithelial tumor (enteric duplication cyst).

Keywords: Tumor, mesenteric enteric duplication, cyst.

¹Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University;

Corresponding author: Bui Quang Chien; Email: quangchienqnavn@gmail.com.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Frering, V., Velecela, E., Fouque, P., Champetier, P. & Partensky, C. (1995) 'Upper digestive duplications in adults', *Ann Chir.*, 49(10), pp. 928-935.
- Al-Harake, A., Bassal, A., Ramadan, M. & Chour, M. (2013) 'Duodenal duplication cyst in a 52-year-old man: A challenging diagnosis and management', *Int J Surg Case Rep.*, 4(3), pp. 296-298.
- Gupta, A., Chakaravarthi, K., Pattnaik, B. & Kaman, L. (2016) 'Duplication cyst of ileum presenting as acute intestinal obstruction in an adult', *BMJ Case Rep.*, 2016:bcr2016214775. PubMed+1
- Johnson, J.A. & Poole, G.V. (1994). 'Ileal duplications in adults. Presentation and treatment', *Arch Surg.*, 129(6), pp. 659-661.
- Seymour, N.E. (2022). 'Mesenteric tumors', *Medscape*. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/191675-overview#a6> (Accessed: 4 April 2025).
- Shah, A., Du, J., Sun, Y. & Cao, D. (2012). 'Dynamic change of intestinal duplication in an adult patient: a case report and literature review', *Case Rep Med.*, 2012:297585.
- Tiwari, C., Shah, H., Waghmare, M., Makhija, D. & Khedkar, K. (2017). 'Cysts of Gastrointestinal Origin in Children: Varied Presentation', *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*, 20(2), pp. 94–99. doi: 10.5223/pghn.2017.20.2.94.
- Van Pham, N., Mai, D.V., Duong, P.D.T., Lam, H.H., Ly, H.H.V. & Nguyen, L.V. (2024). 'Duplication cyst in adult cases: a journey from diagnosis to treatment', *J Surg Case Rep.*, 2024(7), rjae460.
- Wan, X.Y., Deng, T. & Luo, H.S. (2010). 'Partial intestinal obstruction secondary to multiple lipomas within jejunal duplication cyst: a case report', *World J Gastroenterol.*, 16(17), pp. 2190-2192.
- Dufay, C., Abdelli, A., Le Pennec, V. & Chiche, L. (2012) 'Mesenteric tumors: diagnosis and treatment', *Journal of Visceral Surgery*, 149(4), pp. e239–e251. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2012.05.005.
- Jayasundara, J., Perera, E., Chandu de Silva, M.V. & Pathirana, A.A. (2017) 'Lymphangioma of the jejunal mesentery and jejunal polyps presenting as an acute abdomen in a teenager', *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 99(3), pp. e108–e109. doi: 10.1308/rcsann.2017.0012.
- Shinde, N.D. (2022). 'Enteric Duplication Cyst Perforation in Elderly: A Rare Presentation', *RGUHS Journal of Medical Sciences*, 12(1), pp. 46–49. doi: 10.26463/rjms.12_1_1.