

VAI TRÒ ĐƯỜNG KÍNH QUY ĐẦU TRONG ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU THẤP Ở TRẺ EM

Phạm Ngọc Thạch¹, Trần Tấn Liêm¹,
Lê Nguyễn Yên¹, Lê Tấn Sơn¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Từ năm 2010 y văn đã đề cập kích thước quy đầu được xem như một tiêu chuẩn dự hậu kết quả phẫu thuật tạo hình niệu đạo trong lỗ tiểu thấp.

Mục tiêu: Đánh giá vai trò đường kính quy đầu đến kết quả điều trị lỗ tiểu thấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu mô tả 124 bệnh nhi lỗ tiểu thấp được phẫu thuật tạo hình niệu đạo một thì tại bệnh viện Nhi Đồng 2 và bệnh viện Pháp Việt từ tháng 1/2014 đến tháng 1/2015 (3 trường hợp tại bệnh viện Pháp Việt). Các thông số về phân loại, đường kính quy đầu, biến chứng sau mổ đều được ghi nhận.

Kết quả: Đường kính quy đầu ở những bệnh nhân lỗ tiểu thấp nước ta trung bình 13,7 mm. Lỗ tiểu thấp thể gần có đường kính quy đầu nhỏ hơn so với thể xa (theo phân loại lỗ tiểu thấp dựa trên vị trí chia đôi vật xóp). Tỷ lệ có biến chứng sau mổ của 124 trường hợp tạo hình một thì (qua 36 tháng theo dõi sau mổ) là 25,8%; tỉ lệ biến chứng ở nhóm lỗ tiểu thấp có quy đầu nhỏ (<14mm) là 33,3%, trong khi ở nhóm có quy đầu từ 14mm trở lên là 18,8%.

Kết luận: Tỷ lệ có biến chứng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp một thì ở nhóm lỗ có quy đầu nhỏ (<14mm) là 33,3%, trong khi ở nhóm có quy đầu từ 14mm trở lên là 18,8%.

SUMMARY

THE ROLE OF GLANS PENIS IN HYPOSPADIAS REPAIR IN CHILDREN

Background: From 2010 the glans size was considered a criteria for the prognosis of the result of hypospadias repair.

Objective: The aim of this study is to evaluate the urethroplasty complications after hypospadias repair in relation with glans width.

Methods: From 1/2014-1/2015, there were 124 patients underwent primary one stage hypospadias repair at Children Hospital 2 and FV hospital (3 patients at the FV hospital). Records were reviewed for classification, maximum glans diameter, urethroplasty complications.

Results: Mean glans size was 13.7mm with 14.2 mm for the distal and 12.8 mm for the proximal. Patients with proximal hypospadias had significantly smaller glans than that of distal hypospadias (classification of hypospadias are based on the corpus spongiosum division). During 36 months follow-up, the urethroplasty complication rate of 124 patients with primary one-stage hypospadias repair was 25,8%: Urethroplasty complications were more common among patients with small glans (<14mm): 33,3% versus 18,8%.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thạch

ĐT: 0902187095

Email: dr.thachpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/3/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/3/2024

Ngày duyệt bài: 2/5/2024

Conclusions: Urethroplasty complications were more common among patients with small glans (<14mm): 33,3% versus 18,8%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại hội nghị bàn tròn năm 2010⁷, tác giả Mouriquand, Macedo cho rằng đường kính quy đầu là một trong những tiêu chí đánh giá độ nặng của dị tật lỗ tiểu thấp. Theo Snodgrass và Bush⁸, việc đo đường kính quy đầu trong mỗi trường hợp mổ lỗ tiểu thấp là cần thiết để xem xét sử dụng testosterone trước mổ, tiên lượng phương pháp phẫu thuật và biến chứng sau mổ.

Một nghiên cứu của Bush¹ cho kết quả rằng đường kính quy đầu nhỏ hơn 14 mm thì tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật lỗ tiểu thấp cao hơn so với nhóm quy đầu có đường kính từ 14mm trở lên. Từ kết quả trên tác giả đề xuất sử dụng androgen trước mổ làm tăng kích thước quy đầu, nhằm làm giảm ảnh hưởng không tốt của quy đầu nhỏ đến kết quả phẫu thuật.

Sử dụng testosterone có tác dụng làm tăng kích thước dương vật sau 3 tuần điều trị². Hiện nay việc dùng testosterone trước mổ lỗ

tiểu thấp đối với những trường hợp có quy đầu nhỏ được nhiều chuyên gia về dị tật này trên thế giới ủng hộ⁷.

Tại Việt Nam, trong các nghiên cứu về lỗ tiểu thấp vẫn chưa đề cập đến tiêu chí đường kính quy đầu. Chúng tôi thực đề tài này nhằm đánh giá đường kính quy đầu ở những trẻ lỗ tiểu thấp tại Việt Nam và ảnh hưởng của nó đến kết quả phẫu thuật lỗ tiểu thấp như thế nào.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca từ tháng 1/2014 đến tháng 1/2015 tại bệnh viện Nhi Đồng 2 và bệnh viện Pháp Việt. Chúng tôi ghi nhận 124 bệnh nhi (nhỏ hơn 15 tuổi) với chẩn đoán lỗ tiểu thấp và được phẫu thuật tạo hình niệu đạo một thì với những tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có rối loạn phát triển giới tính, bệnh nhân đã dậy thì, có sử dụng Testosterol trước mổ, những bệnh nhân mất theo dõi.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS16. Sử dụng các phép kiểm Mann-Whitney, Chi bình phương, Student.



Hình 1. Cách đo đường kính lớn nhất của quy đầu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí nghiên cứu: 124 trường hợp.

Đường kính quy đầu trung bình là 13,7 mm, nằm trong khoảng từ 9 mm đến 21 mm.

Tỉ lệ lỗ tiểu thấp có quy đầu nhỏ hơn 14 mm là 48,4% (30/62 trường hợp)

Bảng 1. Đường kính quy đầu trung bình trong các thể chia đôi vật xố

Thể CDVX	Đường kính quy đầu trung bình (mm)	Số trường hợp LTT
Xa	14,2	84
Gần	12,8	40

Dùng kiểm định Mann-Whitney $p=0,008$: Như vậy đường kính quy đầu của lỗ tiểu thấp thể xa lớn hơn có ý nghĩa so với lỗ tiểu thấp thể gần.

Qua thời gian theo dõi 36 tháng sau mổ thì có những biến chứng: tổng số trường hợp có biến chứng là 25,8%. Trong đó: 28 trường hợp (22,6%) rò niệu đạo (20 trường hợp rò

niệu đạo đơn thuần và 8 trường hợp kết hợp với hẹp miệng sáo). 10 trường hợp (8,1%) hẹp miệng sáo (8 trường hợp kết hợp với rò niệu đạo và 2 trường hợp kết hợp với túi thừa niệu đạo). 2 trường hợp (1,6%) tụt lỗ sáo. 2 trường hợp (1,6%) túi thừa niệu đạo (có kết hợp với hẹp miệng sáo).

Bảng 2. Mối liên quan giữa biến chứng sau mổ và đường kính quy đầu

	Quy đầu nhỏ hơn 14mm	Quy đầu từ 14mm trở lên
Có biến chứng	20 (33,3%)	12 (18,8%)
Không có biến chứng	40	52

Dùng phép kiểm Chi bình phương: $p>0,05$. Như vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính quy đầu trung bình là 13,7 mm, nằm trong khoảng từ 9 đến 21 mm. Khi so sánh với kết quả của một nghiên cứu của Bush⁸ thì đường kính quy đầu ở những bệnh nhân lỗ tiểu thấp nước ta nhỏ hơn có ý nghĩa so với các nước phương Tây ($T=-5,2$; $p=0,000$). Đây có thể là một trong những khó khăn của nước ta về kỹ thuật và kết quả phẫu thuật lỗ tiểu thấp.

Mười bốn milimet chính là đường kính quy đầu trung bình ở những trẻ nhỏ khỏe mạnh⁸. Snodgrass và Mouriquand định nghĩa dương vật nhỏ nếu đường kính quy đầu từ 14 mm trở xuống và khuyến cáo nên sử dụng testosterone trước phẫu thuật⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ lỗ tiểu thấp có quy đầu nhỏ hơn 14 mm là 48,4% (60/124 trường hợp), như vậy tỉ lệ có quy đầu nhỏ trong dị tật lỗ tiểu thấp ở nước ta còn khá cao khi so sánh với tỉ lệ này trong nghiên cứu của Bush¹ là 32%.

Qua bảng 1, đường kính quy đầu ở lỗ tiểu thấp thể xa lớn hơn có ý nghĩa so với lỗ tiểu thấp thể gần (theo phân loại lỗ tiểu thấp dựa

vào vị trí chia đôi của vật xóp)⁷. Liên quan đến vấn đề này, một nghiên cứu khác của Bush (2013)¹ có kết quả: Đường kính quy đầu trung bình ở nhóm có lỗ tiểu nằm ở gần (12,9mm) nhỏ hơn nhóm có lỗ tiểu nằm ở xa (14,8mm) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu này có 124 trường hợp lỗ tiểu thấp được tạo hình niệu đạo một thì qua thời gian theo dõi 36 tháng sau mổ thì có

những biến chứng: tổng số trường hợp có biến chứng là 25,8%. Trong đó: 28 trường hợp (22,6%) rò niệu đạo (20 trường hợp rò niệu đạo đơn thuần và 8 trường hợp kết hợp với hẹp miệng sáo). Mười trường hợp (8,1%) hẹp miệng sáo (8 trường hợp kết hợp với rò niệu đạo và 2 trường hợp kết hợp với túi thừa niệu đạo). Hai trường hợp (1,6%) tụt lỗ sáo. Hai trường hợp (1,6%) túi thừa niệu đạo (có kết hợp với hẹp miệng sáo).

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng trong tạo hình niệu đạo một thì của một số nghiên cứu

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Có biến chứng	Tỷ lệ biến chứng
Ghali 1999 ^[3]	544	103	18,9 %
Spinoit 2013 ^[6]	474	114	24,1 %
Khan 2014 ^[4]	102	25	24,5 %
Chúng tôi 2015	124	32	25,8%

Tỷ lệ có biến chứng trong tạo hình niệu đạo một thì của chúng tôi là 25,8% hơi cao so với tỷ lệ biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu của Ghali, Spinoit, Khan (bảng 3). Nguyên nhân của sự chênh lệch này có thể là do đường kính quy đầu của những trẻ lỗ tiểu thấp ở nước ta nhỏ hơn ý nghĩa so với các nước phương Tây.

Khi chia 124 trường hợp này thành 2 nhóm theo đường kính quy đầu (bảng 2) thì nhóm có quy đầu nhỏ hơn 14mm có tỷ lệ biến chứng chiếm 33,3%, lớn hơn so với tỷ lệ này ở nhóm có quy đầu từ 14mm trở lên (18,8%). Tuy nhiên sự khác biệt này lại không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này, thời gian nghiên cứu ngắn, cỡ mẫu nhỏ nên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Vì vậy, cần có một nghiên cứu tương tự với cỡ

mẫu lớn hơn để sự so sánh này đạt được ý nghĩa về thống kê.

V. KẾT LUẬN

Đường kính quy đầu ở những bệnh nhân lỗ tiểu thấp nước ta là 13,7 mm nhỏ hơn có ý nghĩa so với các nước phương Tây.

Lỗ tiểu thấp thể gần có đường kính quy đầu nhỏ hơn so với thể xa (theo phân loại lỗ tiểu thấp dựa trên vị trí chia đôi vật xóp).

Quy đầu được xem là nhỏ khi có đường kính quy đầu nhỏ hơn 14mm. Đối với lỗ tiểu thấp có quy đầu nhỏ, tỷ lệ có biến chứng chiếm 33,3%, lớn hơn so với nhóm có quy đầu từ 14mm trở lên (18,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bush N. C., Villanueva C., Snodgrass W.T.** "Glans size is an independent risk factor for urethroplasty complications after hypospadias repair", Annual Meeting of the Society for Pediatric Urology, (2013): 61
2. **Chalapathi G., Rao K. L., Chowdhary S. K., Narasimhan K. L., Samujh R., Mahajan J. K.** "Testosterone therapy in microphallic hypospadias: topical or parenteral?", J Pediatr Surg, (2003): 38(2), 221-3.
3. **Ghali A. M., Malik E. M., Malki T., Ibrahim A. H.** "One-stage hypospadias repair. Experience with 544 cases", Eur Urol, (1999): 36(5), pp.436-442.
4. **Khan M., Majeed A., Hayat W., Ullah H.** "Hypospadias repair: a single centre experience", Plast Surg Int, 2014, 453039.
5. **Nerli R. B., Koura A., Prabha V., Reddy M.** "Comparison of topical versus parenteral testosterone in children with microphallic hypospadias", Pediatr Surg Int, (2009): 25(1), 57-9.
6. **Spinoit A. F., Poelaert F., Groen L. A., Van Laecke E.** "Hypospadias repair at a tertiary care center: long-term followup is mandatory to determine the real complication rate", J Urol, (2013): 189(6), pp.2276-2281.
7. **Snodgrass W.T., Mouriquand P.D.E, Macedo A., Hoebeke P.** "Hypospadias dilemmas: A round table", J Pediatr Urol, (2011): 7(2), pp.145-157.
8. **Snodgrass W.T., Bush N.** "Recent advances in understanding/management of hypospadias", F1000prime reports, (2014): 6, pp.101-110.