

ĐÁNH GIÁ SỰ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THẬN CỦA PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHÚC NỐI BỂ THẬN-NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI

Phạm Ngọc Thạch¹, Phan Tấn Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo sự phục hồi chức năng thận của phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản qua nội soi tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang các trường hợp hẹp khúc nối bể thận-niệu quản được phẫu thuật tạo hình qua nội soi xuyên phúc mạc cho 66 bệnh nhi nhập viện tại bệnh viện nhi đồng 2 từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2018.

Kết quả: 66 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc, thời gian phẫu thuật trung bình 129,5 phút, thời gian nằm viện trung bình là 6.1 ngày, không có biến chứng trong và sau mổ. Không có bệnh nhân nào cần truyền máu trong và sau mổ, xạ hình thận DTPA (với lasix) sau phẫu thuật đánh giá sự cải thiện chức năng thận sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản qua nội soi xuyên phúc mạc ở trẻ em có thể áp dụng an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Thận nước, phẫu thuật nội soi, trẻ em, tắc khúc nối bể thận niệu quản.

SUMMARY

RECOVERY FUNCTION RENAL AFTER LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN CHILDREN

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thạch

ĐT: 0902187095

Email: dr.thachpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2024

Ngày duyệt bài: 24/4/2024

Objective: To report our result of recovery function renal of laparoscopic pyeloplasty in children hospital 2.

Methods: A cross – sectional description of on the patient with ureteropelvic junction obstruction underwent laparoscopic pyeloplasty in Children Hospital No 2 from 4/2016 – 04/2018.

Results: 66 children with ureteropelvic junction obstruction underwent laparoscopic pyeloplasty via transperitoneal approach. Mean operative time was 129.5 minutes. Postoperative hospital stay was 6.1 days, no complications occurred in or postoperation. Blood transfusion didn't need. Isotope renography DTPA showed recovery function.

Conclusion: Laparoscopic pyeloplasty can be applied safety and feasibly.

Keywords: Hydronephrosis, laparoscopic, children, uteropelvic junction obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận nước do hẹp khúc nối bể thận niệu quản là di tật bẩm sinh thường gặp nhất trong các di tật về thận tiết niệu ở trẻ em. Những năm trước đây di tật này phát hiện trễ do vậy kết quả điều trị còn hạn chế. Ngày nay với sự phát triển của chẩn đoán tiền sản, bệnh lý này được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Năm 1949 hai phẫu thuật viên người Anh Anderson và Hynes đã lần đầu tiên mô tả kỹ thuật cắt đoạn hẹp và tạo hình lại chỗ nối niệu quản – bể thận. Hiện nay phương pháp phẫu thuật này là tiêu chuẩn vàng cho điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản.

Phẫu thuật nội soi điều trị thận nước ở người lớn đã phát triển từ nhiều năm qua, nhưng ở trẻ em chỉ phát triển những năm gần đây. Năm 1996 Tan HL đã lần đầu tiên áp dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc để điều trị thận nước ở trẻ em, với ưu thế là phẫu thuật ít xâm hại, có tính thẩm mỹ cao. Nhưng kỹ thuật này đòi hỏi cao về dụng cụ nội soi, kinh nghiệm và khéo léo của phẫu thuật viên do phẫu trường rất chật hẹp.

Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc điều trị thận nước ở trẻ em có ưu điểm là phẫu trường rộng rãi, tiếp cận khúc nối bể thận dễ dàng, phát hiện được những trường hợp hẹp khúc nối bể thận niệu quản do mạch máu cực dưới bất thường.

Chúng tôi đã tiến hành áp dụng phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc để điều trị cho 66 bệnh nhi từ 1 đến 15 tuổi được chẩn đoán hẹp khúc nối bể thận niệu quản trong thời gian từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2018. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi còn dài, không có trường hợp nào bị hẹp tái phát.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản theo phương pháp Hynes Anderson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Trong thời gian từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2018 chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc để điều trị cho 66 bệnh nhi được chẩn đoán hẹp khúc nối bể thận niệu quản tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Phương pháp phẫu thuật: chúng tôi áp dụng kỹ thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản theo Hynes – Anderson qua nội soi ổ bụng, bên trái tiếp cận khúc nối bằng cách xuyên mạc treo đại tràng góc lách hoặc hạ

đại tràng góc lách, bên phải bằng cách hạ đại tràng góc gan. Tạo hình có đặt sonde JJ từ bể thận niệu quản đến bàng quang, sonde JJ sẽ rút sau mổ 2 tháng.

Kỹ thuật mổ: bệnh nhi nằm nghiêng bên đối diện bên mổ, chân dưới hơi co chân trên thẳng. Nội soi ổ bụng với 3 trocar: trocar rốn 10mm dùng cho nguồn sáng, hai trocar 5mm ở vị trí ngang đường nách trước tạo nên tam giác phẫu thuật. Bơm khí CO₂ vào ổ bụng áp lực khoảng 12mmHg. Nếu vị trí thận nước bên phải sẽ hạ đại tràng góc gan để bộc lộ bể thận bên phải, nếu vị trí thận nước bên trái sẽ tiếp cận bằng cách xuyên mạc treo đại tràng góc lách vị trí vô mạch. Bộc lộ bể thận ứ nước và di động niệu quản vừa đủ. Bóc tách và quan sát kiểm tra vị trí mạch máu cực dưới bất thường. Dùng chỉ vicryl 3.0 khâu vào vị trí bể thận treo lên thành bụng và xuyên ra da ra ngoài để cố định vị trí bể thận. Cắt rời vị trí khúc nối và xẻ dọc niệu quản vị trí đối diện với vị trí đã đánh dấu. Kiểm tra vị trí xẻ niệu quản nếu chưa đủ rộng sẽ di động niệu quản về phía đoạn chậu. Nối bể thận vào niệu quản bằng chỉ vicryl 6.0. Đặt sonde JJ từ bể thận xuống bàng quang. Đặt dẫn lưu Douglas bằng drain 16Fr, đặt dẫn lưu sau phúc mạc nếu mở cửa sổ đại tràng.

Các biến số theo dõi bao gồm: Lâm sàng, siêu âm bụng, x quang hệ niệu có cản quang, chụp bàng quang lúc tiểu (VCUG), xạ hình thận (DTPA với test lasix), thời gian mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

Theo dõi và tái khám: Tái khám 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau mổ.

Đánh giá lúc tái khám: siêu âm bụng đo DAP, xạ hình thận kiểm tra (sau 6 tháng).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Triệu chứng lâm sàng

Đau bụng là triệu chứng thường gặp ngoài ra bệnh nhi đi khám vì bệnh lý hô hấp hay chậm tăng cân được bác sỹ cho siêu âm bụng và phát hiện thận ứ nước.

Cận lâm sàng:

Siêu âm bụng: tất cả bệnh nhân đều có siêu âm bụng, thận ứ nước độ III, IV. Đường kính trước sau bể thận (DAP) >20mm.

X Quang hệ niệu có cản quang: có hình ảnh bể thận giãn to.

Chụp bàng quang niệu đạo lúc tiểu: không có trường hợp nào trào ngược bàng quang niệu quản cùng bên hay đối bên với thận bị ảnh hưởng.

Xạ hình thận (DTPA) với test Lasix: Tất cả trường hợp đều có tắc nghẽn trên xạ hình

thận với test lasix, chức năng thận giảm <40%

Phân bố theo tuổi: tuổi nhỏ nhất: 3tháng tuổi và lớn nhất là 15 tuổi, trung bình là 5,78 tuổi.

Phân bố theo giới: nam giới: 53 (80,4%), nữ giới: 13(19,6%).

Phân bố theo vị trí: bên phải: 12 (18,2%), hai bên: 5 (7,6%), bên trái 49 (74,2%)

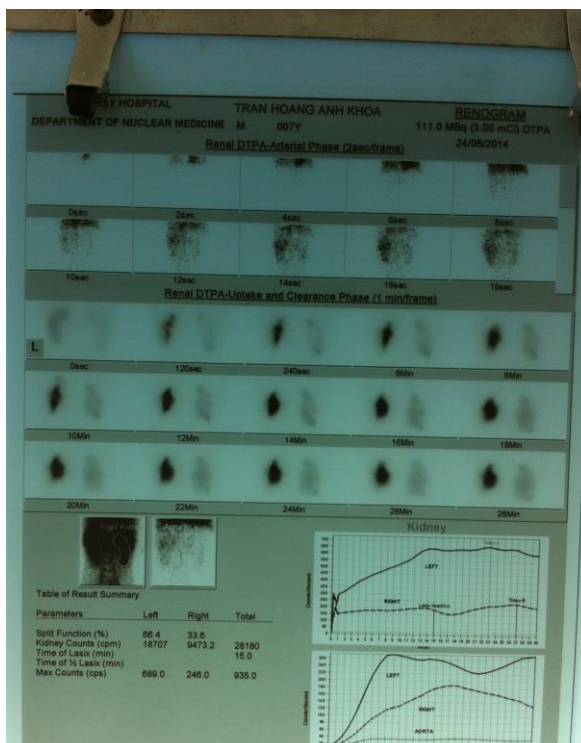
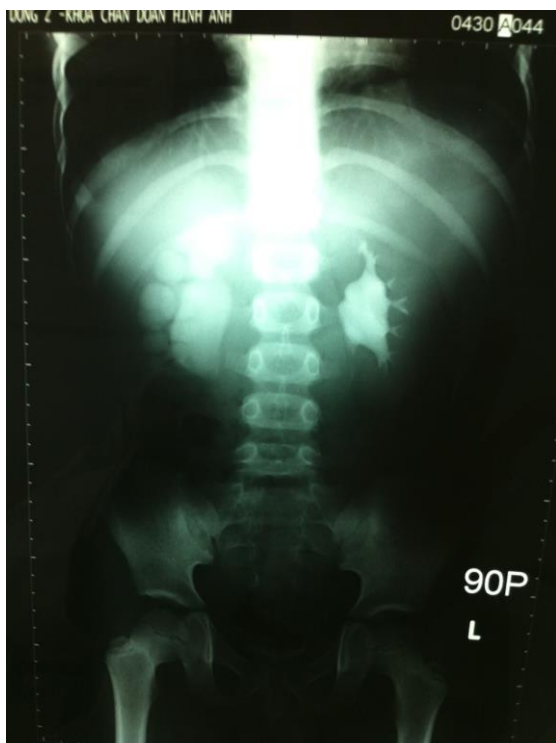
Phân bố theo vị trí phẫu thuật: bên phải 14 (21,2%), bên trái: 52 (78,8%).

Thời gian phẫu thuật: Thấp nhất: 70 phút, dài nhất 140 phút, trung bình: 129,5 phút.

Thời gian nằm viện: Ngắn nhất: 5 ngày, Dài nhất: 7 ngày, trung bình :6,1 ngày

Mạch máu bất thường cực dưới: 2 cas (3%). 2 cas do polyp (3%)

Chuyển mổ mở: 2 trường hợp (10,7%) (2 cas jj chưa xuống bàng quang).



Hình ảnh hệ niệu cản quang và xạ hình trước mổ

IV. BÀN LUẬN

Hẹp khúc nối bể thận niệu quản là bệnh lý thường gặp nhất về dị tật thận ứ nước ở trẻ em, phát hiện sớm và điều trị kịp thời giúp cho bệnh nhi sớm phục hồi. Mở mở tạo hình theo phương pháp Hynes – Anderson là tiêu chuẩn vàng trong phẫu thuật điều trị thận nước.

Nền kinh tế phát triển, tỷ lệ trẻ em thừa cân, béo phì ngày càng gia tăng, phẫu thuật mở mở tạo hình khúc nối ở những trẻ này gặp nhiều khó khăn do thận nằm rất sâu. Phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối bể thận niệu quản với ưu điểm là đường mổ nhỏ, ít đau, nhanh hồi phục.

Phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối bể thận xuyên phúc mạc có ưu điểm là phẫu trường rộng rãi, tiếp cận khúc nối bể thận dễ dàng, phát hiện dễ dàng những trường hợp hẹp khúc nối bể thận niệu quản do mạch máu bất thường cục dưới. Tiếp cận sau phúc mạc là điều lý tưởng nhất nhưng phẫu trường rất chật hẹp, thao tác rất khó khăn do khoang sau phúc mạc ở trẻ em nhỏ. Phẫu tích bể thận qua nội soi sau phúc mạc qua 1 lỗ trocar sau đó đưa ra ngoài tạo hình chỉ có thể áp dụng trẻ nhỏ (<5 tuổi), thành lưng không quá dày[3]. Đối với trẻ lớn, thành lưng dày, bể thận không giãn lớn thì không thể phẫu tích và nối ngoài cơ thể được.

Treo bể thận lên thành bụng ra da là yếu tố giúp cho chúng ta dễ dàng cho thao tác phẫu thuật. Qua đó chúng ta có thể quan sát nhóm đài thận dưới để khi nối niệu quản vào bể thận không sai vị trí. Trong kỹ thuật khâu nối, lúc đầu chúng tôi sử dụng chỉ PDS 7.0 có ưu điểm là dễ cột, nhưng sợi chỉ nhanh bị giãn và dễ đứt kim. Do vậy sau đó chúng tôi sử dụng chỉ vicryl 6.0 thì thao tác khâu nối dễ dàng hơn.

Phẫu thuật xuyên phúc mạc tạo hình khúc nối bể thận niệu quản về lý thuyết chúng ta thao tác trong ổ bụng sẽ có nguy cơ dính ruột. Nhưng rất nhiều tác giả đã ghi nhận không có nguy cơ dính ruột sau mổ [1,2,4,5,6]. Thực tế trong 2 năm qua chúng tôi chưa gặp trường hợp dính ruột sau mổ. Những vị trí trocar tiếp xúc rất nhỏ, khả năng viêm dính ruột sau mổ rất thấp

Tạo hình khúc nối niệu quản bể thận nếu tiếp cận qua ngã xuyên mạc treo, chúng tôi sẽ đặt dẫn lưu sau phúc mạc và khâu lại phúc mạc sau khi đặt dẫn lưu. Do cửa sổ mạc treo nhỏ nếu chỉ đặt dẫn lưu Douglas khả năng tự dịch sau phúc mạc do rò miệng nối rất cao. Dẫn lưu sau phúc mạc nếu có rò nước tiểu khả năng tự lành rất nhanh. Nếu bể thận không giãn to, tiếp cận qua ngã nội soi xuyên phúc mạc khó, chúng tôi sẽ tiếp cận qua ngã hạ đại tràng góc lách hoặc góc gan, nếu tiếp cận ngã này chung tôi sẽ không dẫn lưu sau phúc mạc.

Có 1 trường hợp sau khi tạo hình khúc nối chúng tôi đặt sonde JJ không xuống bàng quang chúng tôi phải chuyển mổ mở, nhưng khi chuyển mổ mở thì đặt JJ xuống bàng quang dễ dàng. Như vậy chúng tôi rút ra được kinh nghiệm trong xử dụng nòng của thông JJ quá cứng dẫn đến khả năng xuống bàng quang khó.

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi còn dài do kỹ thuật khâu nội soi chúng tôi chưa được tốt. Do kỹ thuật khâu chưa tốt nên chúng tôi vẫn còn đặt sonde jj sau mổ, bệnh nhân còn phải nhập viện lần nữa để rút sonde jj. Khi kỹ thuật khâu hoàn thiện hơn chúng tôi sẽ đặt stent bể thận niệu quản ra da thay cho sonde jj.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản qua nội soi xuyên phúc mạc có thể thực hiện ở trẻ em an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ansari MS, Mandhani A, Singh P** (2008), laparoscopic pyeloplasty in children: long term outcome. *International Journal of Urology* 15. pp 881- 884.
2. **Denes FT, Tavares A** (2008). Laparoscopic renal surgery in infants and children: Is it a feasible and safe procedure for all pediatric age groups? *Intenational Braz J Urol* Vol 34 (6): pp 739-748.
3. **Nguyễn Mai Thủy và cs** (2013). Nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp chỗ nối niệu quản bể thận theo phương pháp Anderson Hynes ở trẻ em. *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản số 3, tr 116-119.
4. **Penn HA, Gatti Mj, Hoestje SM** (2010). Laparoscopic versus open pyeloplasty in children: Preliminary report of a prospective randomized trial. *Journal of Urology*, Vol 184, pp 690-695.
5. **Singhania P, Andankar MG, Pathak HR** (2009): laparoscopic dismembered pyeloplasty: Our experience in 15 cases, *World Journal of laparoscopic surgery*; 2(2): pp 6-11.
6. **Turk IA, Davis JW, Winkelmann B** (2002): Laparoscopic dismembered pyeloplasty: the method of choice in the presene of enlarged renal pelvis and crossing vessels. *European Urology* 42, pp 268 – 275.
7. **Zhou H, Li H, Zhang X** (2009). Retroperitoneoscopic Anderson Hynes dismembered pyeloplasty in infants and children: a 60 cases report. *Pediatric Surg Int*; 25(6): pp 519 -23.