

SAU PHẪU THUẬT VÙNG TIỂU KHUNG

ĐỖ TRƯỜNG THÀNH - Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: tổng kết những hình thái tổn thương niệu quản sau các phẫu thuật vùng tiểu khung và các phương pháp điều trị tổn thương niệu quản thấp trong thời gian 3 năm (2009-2011), tại khoa phẫu thuật tiết niệu bệnh viện Việt Đức.

Tư liệu và phương pháp: chúng tôi nghiên cứu hồi cứu trên 75 bệnh nhân hẹp niệu quản phần thấp sau mổ các bệnh lý tại niệu quản và vùng tiểu khung.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 42,14 tuổi (19-68 tuổi). 11(14,66%) bệnh nhân nam, 64 (85,34%) bệnh nhân nữ. Các nguyên nhân gây hẹp niệu quản bao gồm: sau mổ sỏi niệu quản (17,33%), sau các phẫu thuật sản phụ khoa (77,33%), sau ghép thận: 2 bệnh nhân, sau phẫu thuật các u khác trong tiểu khung: 2 bệnh nhân. Các phương pháp điều trị bao gồm: cắm lại niệu quản vào

bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir: 68 bệnh nhân; cắt thận: 3; tạo hình niệu quản bằng hồng tràng: 2; cắt trong niệu quản bằng laser: 2 bệnh nhân. Kết quả chung sau mổ; kết quả tốt 93,34%, kết quả trung bình là 6,66%.

Kết luận: Phẫu thuật cầm lại niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir được áp dụng cho đa số các trường hợp (90,66%). Những trường hợp hẹp niệu quản đơn giản được thực hiện cắt trong bàng laser (2 bệnh nhân), trường hợp niệu quản hẹp mất đoạn dài được tạo hình niệu quản bằng ruột (2 bệnh nhân). Kết quả chung sau mổ; kết quả tốt 93,34%, kết quả trung bình là 6,66%.

Từ khóa: Hẹp niệu quản phần thấp sau mổ, nguyên nhân, điều trị

SUMMARY

Objective: summarizes the morphological injuries ureter after Pelvic surgery and results of Treatment in the 3 year period (2009-2011), in the department of urologic surgery Viet Duc hospital.

Material and method: Our retrospective study on 75 patients of low narrow ureter after surgery the pathology in the ureter and pelvic.

Results: The average age are: 42.14 years (19-68 years), 11 (14.66%) male patients, 64 (85.34%) female patients. The cause of the narrow ureter including postoperative ureteral stones (17.33%), after obstetric surgery (77.33%), after renal transplantation: 2 patients, after surgery the other u sub-frames: 2 patients. The treatments include: Reimplantation ureters into the bladder by the method of Lich-Gregoir: 68 patients, nephrectomy: 3, Intestinal ureteral interposition: 2, cut by laser in the ureter: 2. The final result after surgery; good result 93.34%, resulting in average 6.66%.

Conclusions: Reimplantation the ureter into the bladder by the method of Lich-Gregoir be applied to the majority of cases (90.66%). The final result after surgery; good result 93.34%, resulting in average 6.66%.

Keywords: Postoperative Distal Uretera Strictures, Causes, managements

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương niệu quản do phẫu thuật có chiều hướng tăng, nhưng đáng tiếc sự gia tăng này nguyên nhân chủ yếu sau phẫu thuật các bệnh lý ác tính trong tiểu khung. Tại khoa phẫu thuật tiết niệu bệnh viện Việt Đức, số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị hẹp niệu quản sau các phẫu thuật vùng tiểu khung ngày càng gia tăng [1]. Hình thái tổn thương niệu quản gặp ở nhiều dạng khác nhau. Những trường hợp đơn giản có thể được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, nhưng có những trường hợp hẹp niệu quản dài, phải sử dụng phương pháp ghép đoạn niệu quản [4]. Mục đích của nghiên cứu này là tổng kết những hình thái tổn thương niệu quản sau các phẫu thuật vùng tiểu khung và các phương pháp điều trị tổn thương niệu quản thấp trong thời gian 3 năm, từ năm 2009 đến năm 2011.

SỐ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu những bệnh nhân hẹp phần thấp niệu quản sau các phẫu thuật vùng tiểu khung.

Từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2011, khoa phẫu thuật tiết niệu bệnh viện Việt Đức phẫu thuật cho 75 trường hợp hẹp niệu quản phần thấp sau mổ. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là: 42,14 tuổi (19-68 tuổi), 11(14,66%) bệnh nhân nam, 64 (85,34%) bệnh nhân nữ.

Nguyên nhân hẹp niệu quản sau các phẫu thuật: sau mổ sỏi niệu quản: 13 bệnh nhân, sau các phẫu thuật sản phụ khoa: 58 bệnh nhân, sau ghép thận: 2 bệnh nhân, sau phẫu thuật các u khác trong tiểu khung: 2 bệnh nhân (hai bệnh nhân này đều bị hẹp niệu quản hai bên).

Chẩn đoán hẹp niệu quản, chúng tôi dựa vào các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

+ Các triệu chứng lâm sàng bao gồm:

Đau vùng thắt lưng: 77% bệnh nhân có triệu chứng đau vùng thắt lưng bên niệu quản hẹp. Rò nước tiểu qua âm đạo: 25%. Rò nước tiểu qua dẫn lưu ổ bụng: 1 bệnh nhân

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm:

Siêu âm hệ tiết niệu:

Tất cả bệnh nhân đều được siêu âm.

Siêu âm phát hiện niệu quản giãn ở 74/75 BN chiếm tỉ lệ 98,66%

Chụp niệu đồ tĩnh mạch

Phần lớn thận ngấm thuốc tốt ở 54/75 BN (72,52%).

Có 44/75 BN (58,66%) thấy giãn đài bể thận NQ giãn, NQ bị chít hẹp. 15/75 BN thận ngấm thuốc chậm (20,00%). 5/75 BN thận không ngấm thuốc (6,66%).

Chụp niệu quản bể thận ngược dòng: thực hiện cho 15 bệnh nhân. 15 trường hợp này đều xác định hẹp niệu quản hoàn toàn và không thể đưa catheter lên trên qua vị trí hẹp.

Chụp cắt lớp vi tính: được thực hiện cho 45 bệnh nhân (60,00%).

Xạ hình thận đánh giá chức năng thận hai bên: thực hiện cho 20 bệnh nhân.

Các phẫu thuật điều trị.

Cầm lại niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir: 68 bệnh nhân. Cắt thận: 3. Tạo hình niệu quản bằng hồng tràng: 2. Cắt trong niệu quản bằng laser: 2

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả trong và sau mổ: chúng tôi không gặp các biến chứng lớn trong mổ, ngoại trừ có 3 trường hợp chảy máu nhiều phải truyền máu trong mổ.

Thời gian nằm viện: trung bình là 8,5 ngày (7-15 ngày).

Kết quả sớm sau mổ: kết quả tốt: 96,82%, trung bình: 3,18%, xấu 0%

Sau 3- 4 tuần ống thông niệu quản được lấy bỏ qua soi bàng quang.

Đánh giá kết quả ở thời điểm 1 tháng, nhóm bệnh nhân nghiên cứu đạt kết quả tốt là 92,00%, trung bình 6,66%, xấu 1,34%. Chúng tôi gặp 1 trường hợp tái hẹp niệu quản sau mổ. Đây là trường hợp bệnh nhân hẹp niệu quản sau mổ cắt tử cung, một bệnh viện khác đã mổ đưa niệu quản ra da. Chúng tôi mổ tạo hình niệu quản bằng vạt cơ niêm mạc bàng quang (phương pháp Boari) do niệu quản mất đoạn dài. Sau khi rút ống thông niệu quản, bệnh nhân đau nhiều, có hiện tượng ngấm nước tiểu ra quanh niệu quản. Bệnh nhân này được mổ lại, tạo hình niệu quản bằng quai hồi tràng, sau mổ bệnh nhân đạt kết quả tốt. Ở thời điểm 6 tháng sau mổ chúng tôi đạt kết quả tốt là 93,34%, trung bình là 6,66%.

5 bệnh nhân đạt kết quả trung bình, trong đó có một trường hợp cắt trong niệu quản bằng laser. Bệnh nhân này sau mổ có những đợt nhiễm khuẩn niệu, siêu âm thận niệu quản giãn độ II. Tuy nhiên chụp niệu đồ tĩnh mạch thận vẫn ngấm thuốc tốt và không rõ tình trạng hẹp niệu quản nên chúng tôi vẫn điều trị bảo tồn và theo dõi. 4 trường hợp đạt kết quả trung bình khác là những bệnh nhân được cầm lại niệu quản niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir. Sau mổ bệnh nhân còn đau tức bên thận được phẫu thuật, thận niệu quản vẫn còn giãn, nhưng chức năng thận có cải thiện hơn trên phim chụp niệu đồ tĩnh mạch và chụp cắt lớp vi tính nên những trường hợp này chúng tôi cũng điều trị bảo tồn và theo dõi.

BÀN LUẬN

Trong 3 năm (2009-2011) khoa phẫu thuật tiết niệu bệnh viện Việt Đức đã nhận điều trị phẫu thuật 75 trường hợp hẹp niệu quản sau mổ. Nguyên nhân hẹp chúng tôi gặp chủ yếu sau các phẫu thuật sản phụ khoa (77,33%), sau đó là các nguyên nhân do sỏi 17,33%. Theo Tô Minh Hùng [1] phẫu thuật cắt tử cung là nguyên nhân chủ yếu gây các tai biến về tiết niệu. Nghiên cứu của Kenneth Ogan [3] cho thấy nguyên nhân hẹp niệu quản sau mổ chủ yếu là do các tai biến sản khoa (67%) và sỏi niệu quản là 23%. Đa số các trường hợp hẹp niệu quản là do thày thuốc gây nên. Hai phẫu thuật hay gây hẹp niệu quản đó là: các phẫu thuật nội soi trong tiểu khung và nội soi niệu quản. Trong số đó, phẫu thuật cắt tử cung nội soi có bàn tay hỗ trợ qua đường âm đạo là hay gây tổn thương niệu quản nhiều nhất [3].

Trong vấn đề chẩn đoán hẹp niệu quản sau mổ, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò hết sức quan trọng. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có hai bệnh nhân hẹp niệu quản sau ghép thận. Nhờ chụp MSCT, chúng tôi xác định được nguyên nhân hẹp niệu quản và giải quyết tình trạng hẹp, sau đó hai thận ghép trở lại hoạt động bình thường (hình 4.1a,b). Một vấn đề quan trọng nữa trong chẩn đoán đó là đánh giá chức năng thận. Nghiên cứu của Wolf [6] cho thấy phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản đạt kết quả tốt cho những bệnh nhân thận còn trên 25% chức năng. Nếu chức năng thận

dưới 15% thì tiên lượng tồi, thường có chỉ định cắt thận. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân thận ứ nước độ IV đều được làm xét nghiệm xạ hình thận để đánh giá chức năng hai thận. Chúng tôi có 3 bệnh nhân được chỉ định cắt thận vì thận mất chức năng và thận bên đối diện chức năng bình thường.

Trong các phẫu thuật điều trị hẹp phần thấp niệu quản thì phẫu thuật cầm lại niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir được chúng tôi áp dụng nhiều nhất (90,66%) và nhóm bệnh nhân này đều đạt kết quả tốt sau mổ. Theo Andriano Almeida Calado [2] phương pháp Lich-Gregoir áp dụng tốt cho những trường hợp hẹp phần thấp niệu quản, đặc biệt những bệnh nhân hẹp niệu quản trên một đoạn dài. Chúng tôi gặp hai trường hợp hẹp niệu quản không hoàn toàn (sau phẫu thuật sản phụ khoa) được điều trị cắt trong niệu quản bằng laser; một bệnh nhân cho kết quả tốt, một bệnh nhân đạt kết quả trung bình. Theo nghiên cứu của Lane BR và cộng sự [3] tỷ lệ thành công của cắt trong niệu quản laser là 68%, kết quả trong y văn là 75%. Những trường hợp niệu quản mất đoạn dài tới 1/3 giữa niệu quản thì giải pháp tạo hình niệu quản bằng ruột cũng đều mang lại cho bệnh nhân kết quả tốt. Ở thời điểm 6 tháng sau mổ kết quả thành công chung của 75 bệnh nhân nghiên cứu là 93,34%, trung bình 6,66%. Seideman và cộng sự với 45 bệnh nhân hẹp phần xa niệu quản đạt tỷ lệ thành công là 96% với thời gian theo dõi là 24,1 tháng [5].

KẾT LUẬN

Với kết quả từ 75 bệnh nhân hẹp phần thấp niệu quản sau mổ thì nguyên nhân hay gặp nhất là sau các phẫu thuật sản phụ khoa (67%), sau đó sau các phẫu thuật điều trị sỏi niệu quản. Phẫu thuật cầm lại niệu quản vào bàng quang được áp dụng cho đa số các trường hợp (90,66%). Kết quả chung sau mổ; kết quả tốt 93,34%, kết quả trung bình là 6,66%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tô Minh Hùng (2010), □Nghiên cứu đặc điểm chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật các tai biến tiết niệu sau mổ sản phụ khoa tại bệnh viện Việt Đức□, *Luận văn thạc sỹ*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Andriano Almeida Calado, Ubrirajara Barroso JR, Marcio El Ammar Muller, Miguel Zerati Filho (2000), The Lich-Gregoir antireflux procedure: experience from 118 cases, *Brazilian Journal of Urology*, Vol. 26 (4): 372-377, July - August, 2000.
3. Kenneth Ogan, MD, John T. Abbott, MD, Chester Wilmot, MD, John G. Pattaras(2008), Laparoscopic Ureteral Reimplant for Distal Ureteral Strictures, *JLS* (2008)12:13□17.
4. Pamela I Ellsworth, MD, Edward David Kim, MD (2011), Ureteroneocystostomy Updated: May 6, 2011,
5. Seideman CA, Huckabay C, Smith KD et al (2009): Laparoscopic ureteral reimplantation: technique and outcomes. *J Urol* 2009;181:1742.
6. Wolf JS, Elashry OM, Clayman RV (1997): Long term results of endoureterotomy for benign ureteral and ureteroenteric strictures. *J Urol* 1997;158:759.