

Báo cáo một trường hợp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc bóc mạch bạch huyết trong điều trị bệnh đái dưỡng chấp

Retroperitoneoscopic renal pedicle lymphatic disconnection for chyluria: A case report

Trần Đức Dũng, Trần Văn Linh, Nguyễn Văn Phúc,
Lê Đình Nguyên, Nguyễn Thị Thịnh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Đái dưỡng chấp là sự đi qua bất thường của dưỡng chấp trong nước tiểu. Bệnh thường gặp ở người lớn và có thể ở cả 2 bên thận, nguyên nhân phổ biến nhất là do nhiễm ký sinh trùng *Wuchereria bancrofti*. Các nguyên nhân khác bao gồm chấn thương, khối u, lao và dị tật bẩm sinh. Báo cáo này mô tả việc điều trị thành công 1 bệnh nhân bị đái dưỡng chấp bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng qua đường sau phúc mạc. *Trường hợp lâm sàng*: Bệnh nhân nữ 61 tuổi phải chịu đựng lâu dài với các triệu chứng của tiểu dưỡng chấp 1 bên. Điều trị bảo tồn thất bại đã dẫn đến việc sử dụng kỹ thuật nội soi ổ bụng để cắt mạch bạch huyết thận. Thời gian mổ 60 phút, lượng máu mất 20ml. Không có biến chứng trong và sau mổ. *Kết luận*: Phẫu thuật nội soi ổ bụng qua đường sau phúc mạc cắt mạch bạch huyết cuống thận để điều trị tiểu dưỡng chấp là 1 kỹ thuật an toàn và hiệu quả với sự xâm lấn tối thiểu, ít đau, thời gian hậu phẫu ngắn, nhanh hồi phục.

Từ khóa: Đái dưỡng chấp, phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt mạch bạch huyết.

Summary

Chyluria is defined as abnormal passage of chyle in the urine. It is usually seen in adults and is bilateral, the commonest cause is infestation with *Wuchereria bancrofti*. Other causes include trauma, tumours, tuberculosis and congenital malformation. *Case report*: A patient 61 year old women with long -standing, resistant and symptomatic unilateral chyluria. Failure of conservative treatment led to use of retroperitoneoscopic techniques to perform a lymphorenal disconnection. Operative time: 60 minutes. Blood loss: 20ml, no complications intra-postoperative. *Conclusion*: Retroperitoneoscopic renal pedicle lymphatic disconnection for chyluria is a safe, effective and efficient surgical procedure with minimal invasion, less pain, short hospital stay and rapid recovery.

Keywords: Chyluria, laparoscopic, lymphorenal disconnection.

1. Đặt vấn đề

Đái ra dưỡng chấp được định nghĩa là sự đi qua bất thường của dưỡng chấp trong nước tiểu, nó thường gặp ở người lớn và có thể ở cả 2 bên

Ngày nhận bài: 28/9/2020, ngày chấp nhận đăng: 23/10/2020

Người phản hồi: Trần Đức Dũng, Email: dung.tran2412@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

thận. Nguyên nhân phổ biến nhất là do nhiễm ký sinh trùng giun chỉ *Wuchereria bancrofti* [1]. Các nguyên nhân khác bao gồm di chứng chấn thương thận, khối u trung thất chèn ép vào ống ngực, lao và dị tật bẩm sinh. Báo cáo việc này mô tả việc điều trị thành công 1 bệnh nhân phải chịu đựng lâu dài với các triệu chứng của tiểu đường cấp 1 bên: Nước tiểu đục như sữa hoặc như nước vo gạo, lắng cặn như thạch trắng, xảy ra không liên tục. Điều trị nội khoa thất bại dẫn đến việc điều trị bằng phẫu thuật, trước đây phẫu thuật thường mổ mở cắt bỏ toàn bộ những bó mạch bạch huyết quanh cuống thận, nay chúng tôi: Sử dụng kỹ thuật nội soi sau phúc mạc để ngắt dòng bạch huyết thận và cho kết quả tốt, thời gian nằm viện ngắn.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân Nguyễn Thị B., nữ 61 tuổi, bị bệnh nhiều năm nay với triệu chứng tiểu đục nhưng không thường xuyên. 2 tháng trước khi nhập viện, bệnh nhân xuất hiện tiểu ra nước tiểu đục trắng như sữa, đến khám tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Kết quả xét nghiệm: Ure: 4,5mmol/l, creatinin: 44 μ mol/l. Xét nghiệm nước tiểu: Đường cấp dương tính. Soi bàng quang phát hiện nước tiểu từ niệu quản phải đục như sữa do chứa đường cấp từ thận phải, thận trái phun nước tiểu trong (quan sát 5 phút). Chụp CT scan hệ tiết niệu: Không thấy hình ảnh bất thường từ hệ tiết niệu, bệnh nhân được chẩn đoán xác định soi bàng quang: Đái đường cấp do thông rò bạch mạch từ thận phải.



Hình 1. Hình ảnh soi bàng quang (dương cấp phun từ lỗ niệu quản phải, đục như nước vo gạo)

Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê nội khí quản, tư thế nằm nghiêng có đệm lưng. Trường phẫu thuật là khoảng không gian từ hạ sườn đến mào chậu. Đặt 3 trocar 10mm, 1 ở vị trí dưới sườn 12 và trên đường nách sau, tạo đường hầm vào khoang sau phúc mạc, dùng bao cao su, bơm căng bóng 400ml khí để tạo khoang sau phúc mạc. Dưới hướng dẫn của camera, đặt tiếp 1 trocar vị trí trên mào chậu nằm trên đường nách giữa 2cm, 1 trocar vị trí đường nách trước

ngang rốn. Bơm CO₂ để duy trì áp suất khoảng 12 - 15mmHg.

Bóc tách bóc lộ các mạch máu vùng cuống thận, bóc lộ bể thận và niệu quản 1/3 trên. Cắt đốt các mạch bạch huyết quanh mạch máu cuống thận bằng dao điện. Về cơ bản, xử lý giống phẫu thuật mở kinh điển. Bao gồm các bước: Mở bao cân Gerota theo chiều dọc sát cơ thắt lưng chậu (cơ psoas), sau đó loại bỏ lớp bao mỡ trên bề mặt nhu mô thận bằng dao siêu âm,

đi vào cuống thận bọc lộ riêng rẽ động mạch và tĩnh mạch thận, bọc lộ bề thận, bóc tách và thắt, cắt đốt các bạch huyết nhỏ bao quanh động tĩnh mạch và bề thận. Bạch huyết bao quanh mạch máu thận và bề thận to #1mm được bóc tách và cắt đốt đến sát bao động mạch và tĩnh mạch và các bạch mạch xung quanh bề thận. Máy soi giúp phóng đại và chiếu sáng tạo điều kiện rất nhiều cho việc nhận dạng chính xác và phân chia các nhánh bạch huyết. Lưu ý tránh cắt nhầm nhánh động mạch phụ có thể gây tổn thương 1 phần thận.

Theo dõi hậu phẫu: Bệnh nhân nằm viện 7 ngày, tiểu trong ngay từ ngày đầu tiên, rút dẫn lưu ổ mổ và niệu đạo ngày thứ 3. Xét nghiệm lại nước tiểu sau mổ ngày thứ 5: Dưỡng chấp âm tính. Tái khám sau 2 tháng BN không bị tái phát, xét nghiệm nước tiểu: Dưỡng chấp âm tính.

3. Bàn luận

Đái dưỡng chấp là một tình trạng bất thường, trong đó xuất hiện các dưỡng chấp trong nước tiểu vì có sự thông thương giữa các mạch bạch huyết và đường tiết niệu [1]. Dẫn lưu mạch bạch huyết thận là dư thừa vì nó sẽ đi theo các mạch máu qua ống thận để thoát ra khỏi nhu mô thận, và sau đó tạo nhiều ống lớn ở xoang thận. Các mạch bạch huyết từ bao thận và mô quanh thận sẽ đổ vào các ống này. Và các ống này sẽ vỡ ra, đi vào hệ thống thận ở bất kì cấp độ nào, đài/bể/niệu quản hay bàng quang. Vỡ xảy ra do áp lực trong hạch bạch huyết cao [1, 2].

Nguyên nhân phổ biến nhất là do nhiễm ký sinh trùng giun chỉ *W. bancrofti* [2, 3]. Ký sinh trùng gây viêm và xơ khung chậu sâu và các hạch bụng, các mạch bạch huyết. Đái dưỡng chấp không do ký sinh trùng có thể phát sinh do hẹp ống ngực, tổn thương trực tiếp thận, lao phổi, abscess, u, mang thai hoặc giãn mạch bạch huyết sau phúc mạc. Đái dưỡng chấp thường được báo cáo ở trẻ thành niên có hoặc không có giun chỉ.

Đái dưỡng chấp ở trẻ em thường gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi. Chẩn đoán dựa trên bệnh sử chi tiết (bao gồm cả vùng dịch giun chỉ) và tổng phân tích nước tiểu cho thấy có chứa chất béo và chất béo trung tính. Soi bàng quang và chụp niệu quản bề thận ngược dòng để phát hiện các nhánh bạch huyết ở cuống thận sẽ giúp chúng ta tìm ra vị trí rò rỉ. Chụp mạch bạch huyết là một phương pháp chẩn đoán hữu hiệu, tuy nhiên cũng có những ý kiến trái ngược về nguy cơ biến chứng như thuyên tắc động mạch phổi hay nhiễm trùng cục bộ [1]. Đánh giá tổn thương phải lưu ý khả năng có rò rỉ bạch huyết ở cả 2 thận, để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Lựa chọn điều trị bao gồm thử nghiệm điều trị bảo tồn như nghỉ ngơi tại giường, hạn chế chất béo, chế độ ăn uống giàu protein và dầu dừa [2]. Bơm rửa bề thận qua nội soi niệu quản ngược dòng bằng các tác nhân khác nhau (50% glucose, normal saline, 1-2% nitrate bạc, 10 - 25% sodium iodide/ bromide, 15% potassium iodide hay povidone iodide) cũng được dùng trong một thời gian dài. Báo cáo về tỉ lệ thành công dao động từ 59 - 68% và tỷ lệ tái phát là 51%. Các vấn đề khác bao gồm tổn thương thận và suy gan, xuất huyết động mạch sau, phình động mạch và nang đài thận, đau lưng nghiêm trọng.

Đái dưỡng chấp dai dẳng, cơn đau quặn bụng, bí tiểu hoặc giảm cân mặc dù đã điều trị bảo tồn đòi hỏi phải can thiệp bằng phẫu thuật. Phẫu thuật cũng được áp dụng trên bệnh nhân đái dưỡng chấp đơn phương. Các phương pháp phẫu thuật từng được áp dụng là cắt đốt các mạch bạch huyết quanh thận, gỡ bỏ bao thận, thông nối vi phẫu tĩnh mạch - bạch huyết và ghép thận tự thân. Puneekar và cộng sự [6] với kinh nghiệm hơn 15 năm đã báo cáo kết quả thành công lên đến 98% sau 1 năm phẫu thuật. Mục đích của phẫu thuật là tìm cách cắt đốt các mạch bạch huyết ở vùng rốn thận. Kỹ thuật xâm lấn tối thiểu cho phép đạt được hiệu quả tương tự mổ mở, như đã được minh chứng trong báo cáo này.

Những tùy chọn điều trị sẵn có các trường hợp tại phát sau khi đã ngắt mạch bạch huyết gồm có: Ghép thận tự thân, tạo kết nối tĩnh mạch - bạch huyết. Ghép thận tự thân mang đến nguy cơ hẹp động mạch thận/cao huyết áp thứ phát do mạch máu thận khi lớn lên. Cắt thận toàn phần chỉ nên thực hiện khi tình trạng thận trở nên xấu đi, và các phương pháp thử nghiệm khác thất bại hoàn toàn.

Ở bệnh nhân của chúng tôi không tìm thấy bất cứ nguyên nhân rõ ràng nào của tiểu đường chấp. Sự xuất hiện của đường dẫn lưu động tĩnh mạch kép có thể là nguyên nhân hay tắc nghẽn bẩm sinh dòng thoát bạch huyết thận. Điều này sẽ làm tăng áp lực bạch huyết và vỡ vào hệ thống thu gom. Brunkwall và cộng sự [5] đã mô tả ý tưởng tương tự của tiểu đường chấp đơn phương khi có nhiều mạch máu thận. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bỏ và đốt các mạch bạch huyết nhỏ vùng cuống thận và bể thận đã cho kết quả khả quan với xét nghiệm dưỡng chấp niệu âm tính sau mổ. Kỹ thuật nội soi sau phúc mạc ít xâm lấn giúp bệnh nhân hồi phục nhanh, ít đau và giải quyết được vấn đề thẩm mỹ của vết mổ. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt đốt mạch bạch huyết thận, bao gồm các mạch bạch huyết rốn thận và mạch bạch huyết xung quanh bể thận - niệu quản. Các mạch bạch huyết rốn thận thì đi cùng với mạch máu thận. Bóc tách các mạch bạch huyết này rất khó và cần phải có nhiều kinh nghiệm cũng như sự cẩn thận. Vỡ bao động mạch thận thì chắc và chỉ có thể bóc tách được bằng dao siêu âm, trong khi các mô liên kết xung quanh tĩnh mạch thận thì lỏng lẻo và có thể bóc tách dễ dàng bằng ống hút nội soi. Ngoài ra, máy nội soi cũng phóng đại các mạch bạch huyết quanh rốn thận giúp chúng ta quan sát, bóc tách và cắt chúng dễ dàng hơn. Chụp

MSCT mạch máu tiền phẫu rất có lợi cho việc kiểm soát mạch máu bất thường [3, 4].

4. Kết luận

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt đốt các mạch bạch huyết vùng cuống thận để điều trị bệnh lý đài dưỡng chấp rất an toàn và hiệu quả với những xâm lấn tối thiểu, ít đau, thời gian nằm viện ngắn và phục hồi nhanh chóng, đảm bảo thẩm mỹ vết mổ. Phương pháp này sẽ trở thành một chiến lược thay thế hiệu quả trong điều trị đài dưỡng chấp.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Quán Anh (2017) *Bệnh học tiết niệu*. Nhà xuất bản Khoa học, tr. 344-358.
2. Senthil Ganesh K, Rao S, D'Cruz AJ (2007) *Successful aroscopic management of unilateral chyluria in a 5 year old*. Journal of Pediatric Urology 3: 63-65.
3. Cheng - Jing Zhang, Ren - Fu Chen, Hai - Tao, Ru - Min Wen, Jia - Cun Chen, and Xiao - Qing Sun (2012) *Retroperitoneoscopic renal pedicle lymphatic disconnection chyluria in presence of complex renal vasculature*. Elsevier, Urology 80(6): 1273-1276.
4. Jiang Jun, Zhu Fangqiang, Jin Fengshuo, Jiang Qing and Wang Luofu (1990) *Retroperitoneoscopic renal pedicle lymphatic disconnection for chyluria*. Chin Med J 2003; a case report: J Urol 143: 793-796.
5. Brunkwall J, Simonsen O, Bergqvist D, Jonsson K, Bergentz SE (1990) *Chyluria treated with renal autotransplantation: A case report*. J Urol 143: 793-796.
6. Puneekar SV, Kelkar AR (1997) *Surgical disconnection of lymphorenal communication in chyluria*. Br J Urol 80: 858.