

## Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới kết quả bước đầu

Hoàng Văn Hậu<sup>1</sup>, Hoàng Long<sup>1</sup>, Vũ Nguyễn Khải Ca<sup>1</sup>, Đỗ Trường Thành<sup>2</sup>, Vũ Văn Hà<sup>2</sup>, Nguyễn Đình Liên<sup>1</sup>, Chu Lâm<sup>2</sup>, Nguyễn Huy Hoàng<sup>2</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>2</sup>, Trần Chí Thanh<sup>2</sup> và cs

1. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

### Từ khóa:

Nội soi sau phúc mạc, niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới

### Địa chỉ liên hệ:

Hoàng Văn Hậu,  
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,  
Số 1, Tôn Thất Tùng, Đống Đa,  
Hà Nội  
Điện thoại: 0973 388107  
Email: hauhuu@gmail.com

**Ngày nhận bài: 03/5/2019**

**Ngày duyệt: 28/5/2019**

**Ngày chấp nhận đăng:  
13/6/2019**

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Đánh giá kết quả bước đầu về tính an toàn, tính hiệu quả của phương pháp nội soi sau phúc mạc điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 16 bệnh nhân (10 nam và 6 nữ) được mổ nội soi sau phúc mạc (NSSPM) điều trị niệu quản (NQ) sau tĩnh mạch chủ dưới (TMCD) từ tháng 1/2014 đến 12/2018 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (Replacell) và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**Kết quả:** Có 10 bệnh nhân nam, 6 bệnh nhân nữ, độ tuổi trung bình 36 (17-62). Thời gian mổ trung bình: 90 phút (60-120), lượng máu mất trung bình: 30ml (20-40), thời gian rút dẫn lưu sau mổ: 2,5 ngày (1-3), thời gian nằm viện trung bình: 4 ngày (3-5), trung tiện sau mổ: 5 giờ (4-6), đau sau mổ ít: VAS 1 điểm

Kết quả sau phẫu thuật: thành công 100% không có tai biến trong mổ, không có bệnh nhân nào chuyển mổ mở, không có xì rò nước tiểu hoặc áp xe sau mổ. Có 1 trường hợp tụ JJ sau mổ 2 tuần, bệnh nhân đau tức hông lưng bên phải sau đó đặt lại JJ trong 1 tháng, bệnh nhân ổn định. Tất cả bệnh nhân được đánh giá lại sau 3 tháng, khám lâm sàng, siêu âm và chụp UIV cho kết quả tốt, bệnh nhân hài lòng.

**Kết luận:** Phẫu thuật NSSPM điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới an toàn và hiệu quả, thời gian phục hồi ngắn, đau sau mổ ít, có tính thẩm mỹ cao.

## The preliminary results of retroperitoneal laparoscopic surgery to manage for retrocaval ureter by

Hoang Van Hau<sup>1</sup>, Hoang Long<sup>1</sup>, Vu Nguyen Khai Ca<sup>1</sup>, Do Truong Thanh<sup>2</sup>, Vu Van Ha<sup>2</sup>, Nguyen Dinh Lien<sup>1</sup>, Chu Lam<sup>2</sup>, Nguyen Huy Hoang<sup>2</sup>, Do Ngoc Son<sup>2</sup>, Tran Chi Thanh<sup>2</sup> et al

1. Hanoi Medical University Hospital, 2. Viet Duc University Hospital

### Abstract

**Introduction:** To assume the initial results of retroperitoneal laparoscopic for retrocava ureter in Viet Duc hospital and Ha Noi Medical University hospital.

**Material and Methods:** Descriptive study of 16 patients were operated to repair of retrocaval ureter by retroperitoneal laparoscopic surgery of from January 2014 to December 2018.

**Results:** All procedures were laparoscopically completed with no open conversion, the median age was 36 years (17-62). 62,5% was male (10 of 16) and 37,5% was female (6 of 16), the median operation time was 90 (60-120) minutes, the mean amount of blood loss was 30 ml(20- 40) ml, median hospital stay was 4 day (3 -5). The median drainage time was 2 days (1-3)

The JJ-stent was removed 4 weeks after surgery. There was no complications such as urinary fistula, no abdominal cavity abscess. There is one patient who was migrating the ureter catheter two weeks after operation, he was a new JJ and maintained one month. Patients have been following up after 3 month, every year, intravenous urinary imaging and ultrasonography performed at 3, 6 and 12 months after surgery, showed no ureteral stricture inserted along the anastomotic tract, perfect ureteric anastomosis and a decrease of hydronephrosis level, confirmed at ultrasonography and intravenous urinary imaging.

**Conclusion:** The initial result of retroperitoneal laparoscopic approach to repair retrocava is feasible and safe. Patients have achieved a good treatment with short hospital stay, painless, good aesthetic aspect, and an excellent minimally invasive treatment option for retrocaval ureter. Moreover, a thorough review of published data supports our viewpoint that laparoscopic surgery should probably be the first-line treatment for retrocaval ureter.

**Keywords:** Retroperitoneal laparoscopic, retrocaval ureter.

## I. Đặt vấn đề

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là một bất thường của tĩnh mạch, trong đó niệu quản chạy ra phía sau và nằm trong của tĩnh mạch chủ dưới thay vì nằm ngoài [1]. Kết quả là niệu quản bị đè ép bởi khối cơ thắt lưng và tĩnh mạch chủ dưới gây ra tình trạng tắc nghẽn phía trên. Từ năm 1893 Hochstetter mô tả lần đầu ca niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới, cho tới nay đã có khoảng trên 200 ca trên thế giới được thông báo. Hẹp niệu quản do niệu quản chạy sau và bất chéo tĩnh mạch chủ dưới là dị tật tiết niệu hiếm gặp, tỉ lệ 1/1500, tỉ lệ gặp ở Nam/Nữ = 3/1 [3] người lớn hay gặp ở độ tuổi 20 -40. Bệnh cảnh lâm sàng thường ít rầm rộ, có thể đau tức âm ỉ vùng hông lưng bên phải hoặc cơn đau quặn thận do sỏi, đái buốt tái diễn, đái máu vi thể từng đợt hoặc hoàn toàn không có triệu chứng cho đến khi khám sức khỏe tình cờ phát hiện ra thận và niệu quản trên giãn hoàn toàn hay mất chức năng. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu.

Hiện nay với sự phát triển của các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, chỉ định phẫu thuật mở tạo

hình bể thận, niệu quản, cắt thận được thay thế dần dần bằng phẫu thuật nội soi.

Hai tác giả Schuessler (1993), Babas năm 1994 và cộng sự phẫu thuật nội soi qua ổ bụng tạo hình bể thận niệu quản.[4],[5].

Năm 1999, Salomon và cộng sự thông báo [6] ca đầu tiên nội soi sau phúc mạc điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới, và ông đề nghị nên mở theo phương pháp này để rút ngắn thời gian phẫu thuật và tránh được các tạng trong ổ bụng.

Tại Việt Nam, có tác giả đã báo cáo một số ca phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ như nhóm tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Phát, Nguyễn Văn Học, Phạm Hữu Đoàn thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân năm 2007 và nghiên cứu của các tác giả Trần Chí Thanh, Đỗ Ngọc Sơn, Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca, Phạm Văn Thành Công và cộng sự đăng trên tạp chí Y Học Thực hành số 769 + 770 năm 2011.[10]

Chỉ định phẫu thuật khi phát hiện bệnh, có tắc nghẽn niệu quản gây ứ nước thận hoặc khi có các

triệu chứng, biến chứng nhiễm khuẩn niệu, sỏi tiết niệu. Để có thể đánh giá đầy đủ chúng tôi đưa ra kết quả bước đầu nhân 16 trường hợp được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng như sự an toàn hiệu quả của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc trong điều trị bệnh lý này.

## II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân trên 16 tuổi được chẩn đoán hẹp NQ nằm sau TMCD với đầy đủ tiêu chuẩn lâm sàng, siêu âm, MSCT có dựng hình, có hồ sơ phẫu thuật đầy đủ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc

Tiêu chuẩn loại trừ: có chống chỉ định nội soi sau phúc mạc, mổ cũ cùng bên

### Phương pháp nghiên cứu

Mô tả tiến cứu, hồi cứu các bệnh nhân hẹp NQ sau TMCD được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2014-12/2018.

### Qui trình kỹ thuật

Hoàn thiện hồ sơ với đầy đủ thông tin, tên, tuổi, chiều cao, cân nặng, tiền sử bệnh tiết niệu, tiền sử bệnh khác, có sỏi thận, niệu quản kết hợp, giải thích kỹ về phương pháp điều trị, tai biến, chuyển mổ mở.

Kỹ thuật: bệnh nhân nằm nghiêng trái 90 độ, mặt quay về phía màn hình, gối độn dưới sườn trái, mê nội khí quản, phẫu thuật viên đứng sau lưng bệnh nhân

Đặt trocar 10 mm trên đường nách giữa cách

mào chậu 1cm

Tạo khoang làm việc bằng ngón tay găng

Đặt trocar 10mm trên đường nách sau cách đầu sườn XII 1 cm

Đặt trocar 5mm đường nách trước hướng gần rốn

Có thể đặt trocar 4 dưới bờ sườn để vén mỡ hoặc khi thủng phúc mạc mất khoang làm việc.

Hoàn thiện độ rộng khoang làm việc

Mở cân Gerotal bộc lộ cơ thắt lưng chậu, niệu quản, tĩnh mạch chủ dưới, bể thận, cực dưới thận và rốn thận

Đánh giá mức độ giãn của niệu quản, bể thận, nhu mô thận, sỏi niệu quản

Thấy niệu quản giãn to, nhu động kém chạy vòng ra sau TMCD và đi xuống dưới tiểu khung.

Di động niệu quản cả đoạn trước chỗ bắt chéo và đoạn sau bắt chéo, tránh tổn thương tĩnh mạch chủ

Cắt rời niệu quản ở phần giãn trên chỗ bắt chéo 0,5 mm, phần bắt chéo phía sau TMC có thể để lại nếu xơ dính chắc và có nguy cơ chảy máu.

Xẻ dọc diện cắt phía dưới để tạo vạt cho tương xứng với độ rộng mép niệu quản phía trên. Khâu nối tân – tận mép sau niệu quản chỉ Vicry 4.0 hết mép sau

Đặt JJ xuôi dòng và đặt đầu trên lên bể thận. Khâu kín mặt trước chỉ Vicry 4.0 mũi rời, kiểm tra độ kín miệng nối bằng gạc nội soi khô.

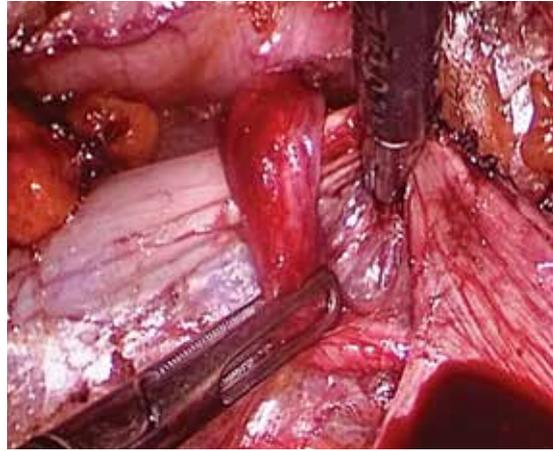
Đặt 01 dẫn lưu cạnh vị trí nối niệu quản, xả khí, rút trocar



Hình 1: Hình ảnh CT niệu quản sau TMC



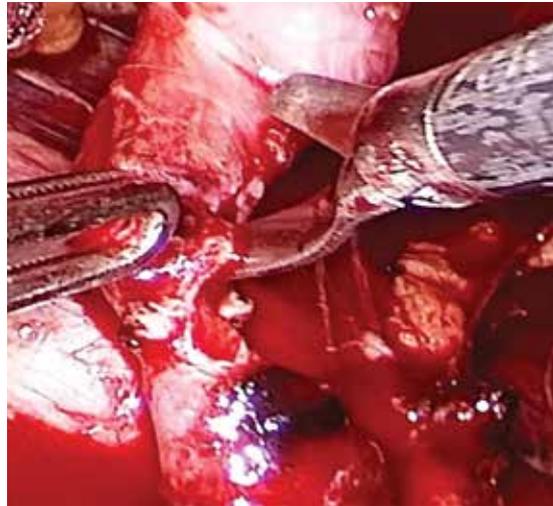
Hình 2: Vị trí đặt trocar



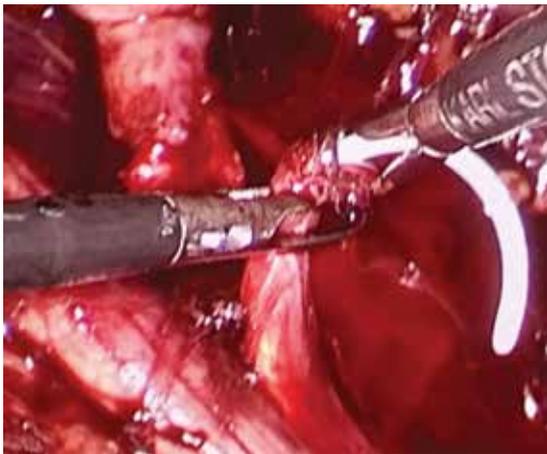
Hình 3: Phẫu tích niệu quản khỏi TMCDT



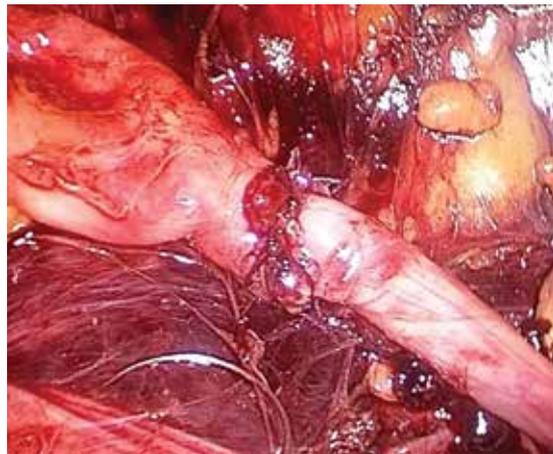
Hình 4: Niệu quản sau TMCD



Hình 5: Cắt niệu quản và xẻ dọc



Hình 6: Đặt JJ niệu quản phải



Hình 7: Niệu quản phải sau tạo hình

Khâu kín lỗ trocar, rút dẫn lưu sau 2 ngày

### Đánh giá kết quả phẫu thuật

**Trong mổ an toàn:** không có tai biến chảy máu, rách thủng phúc mạc, tràn khí dưới da. Hậu phẫu không đau; bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh, giảm đau ít, thời gian phục hồi sức khỏe nhanh, ăn sớm, ngủ được, vận động sớm, rút xông tiểu sau 1 ngày, ra viện sau 3-5 ngày. Khám lại sau mổ 1 tháng để rút JJ, 3 tháng, 6 tháng và hàng năm bệnh nhân được siêu âm và chụp phim có thuốc cản quang để đánh giá sự lưu thông niệu quản, độ giãn ứ niệu quản giảm hoặc hết.

**Kết quả tốt:** hết triệu chứng lâm sàng, vết mổ đẹp, siêu âm hết hoặc giảm giãn niệu quản, chụp lưu thông thấy thuốc lưu thông tốt trên phim, không có biến chứng (Clavien Dido = 1). Hậu phẫu không đau (VAS = 0-1), bệnh nhân hài lòng

**Kết quả khá:** hết triệu chứng lâm sàng, vết mổ đẹp, siêu âm hết giãn hoặc giảm giãn niệu quản, chụp lưu thông thấy thuốc lưu thông tốt trên phim, không có biến chứng (Clavien Dido = 1, VAS = (0-1). Hậu phẫu đau ít, Bệnh nhân hài lòng.

**Kết quả trung bình và xấu:** có biến chứng (Clavien Dido = 2), đau nhiều VAS=2, sau mổ không cải thiện triệu chứng, siêu âm còn giãn thận và niệu quản.

### III. Kết quả nghiên cứu

Bệnh nhân vào viện vì đau hông lưng phải chiếm 58% (9/16). Khám sức khỏe tình cờ và nguyên nhân khác 42%. (Tỷ lệ nam chiếm 62,5% (10/16) nữ chiếm 37,5%. Tuổi trung bình 36, (17-62) tuổi chủ yếu gặp 20-40 (13/16), thời gian phẫu thuật 90 phút (60-120), lượng máu mất trong mổ trung bình 30 ml (20-40) ml, ngày nằm viện trung bình 4 ngày (3-5). Thời gian rút dẫn lưu trung bình 2.5 ngày (2-3). Thời gian trung tiện ngắn 5 giờ (4-6) bệnh nhân có thể ăn và sinh hoạt tại giường. Đau sau mổ ít điểm VAS = 1. Thời gian lưu xông JJ sau mổ là 4 tuần, có một trường hợp tụt JJ sau mổ 2 tuần bệnh nhân có biểu hiện đau tức hông lưng bên phải, bệnh nhân được đặt lại JJ ngược dòng, sau 1 tháng rút JJ bệnh nhân ổn định. Không có trường hợp nào chảy máu

trong mổ, không có tổn thương rách phúc mạc và tổn thương các cơ quan lân cận. Tất cả bệnh nhân đều được khám lại sau 1 tháng, 3 tháng, 12 tháng để đánh giá mức độ giảm của giãn thận, niệu quản, sự lưu thông của thận, niệu quản, đánh giá sự lưu thông chỗ miệng nối niệu quản xem có hẹp không.

### IV. Bàn luận

Niệu quản sau TMCD là bệnh hiếm gặp, triệu chứng đau hông lưng chỉ 60%, còn lại là khám sức khỏe tình cờ hoặc khám và điều trị bệnh khác phát hiện ra chiếm tỷ lệ 40%, do vậy dễ bỏ sót và để lại các biến chứng. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nam giới chiếm 62,5% có xu hướng gần giống với các tác giả khác [1]. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, siêu âm gợi ý có giãn niệu quản phía trên, MSCT và MRI cho hình ảnh điển hình: hình móc câu cong về phía đường giữa hoặc hình chữ S, hay hình chữ J ngược, hay có dấu hiệu kèn Saxophone. Eric M. Bateson và David Atkinson dựa trên chẩn đoán hình ảnh chia hẹp niệu quản sau tĩnh mạch chủ làm hai typ: type I (quai thấp) vị trí hẹp niệu quản ngang mức L3, và type II (quai cao) ít gặp hơn, vị trí hẹp chỗ nối bể thận niệu quản, niệu quản nằm sau và ngang tĩnh mạch chủ, chúng tôi gặp toàn bộ 16/16 bệnh nhân tuyp I, do vậy việc phẫu thuật nội soi khá thuận lợi.

**Về điều trị:** chỉ định mổ dựa trên chẩn đoán lâm sàng và có dấu hiệu tắc nghẽn niệu quản hoặc biến chứng đái máu, sỏi niệu quản, nhiễm trùng niệu [1], [5], [6].

**Về phẫu thuật mở:** vẫn còn được áp dụng khá rộng rãi, khi bệnh nhân có tiền sử mổ cũ cùng bên, khi phẫu thuật nội soi không thuận lợi, tuy nhiên do vết mổ rộng, thời gian hậu phẫu kéo dài, bệnh nhân đau sau mổ, tính thẩm mỹ không cao, do vậy cần cân nhắc khi lựa chọn

**Về phẫu thuật nội soi ổ bụng:** Babas (1994) mô tả lần đầu tiên [4] tuy nhiên kỹ thuật này đi qua ổ bụng, cần hạ mạc Told đại tràng bên phải trước khi tiếp cận niệu quản và tĩnh mạch chủ để thực hiện giải phóng niệu quản đi sau tĩnh mạch chủ và tạo hình miệng nối, nhược điểm là khi có rò nước tiểu sẽ trực tiếp vào trong ổ bụng gây viêm phúc mạc nước tiểu.

**VỀ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC:** ngày càng được áp dụng rộng rãi trong các cơ sở y tế khối công lập và tư nhân, năm 1999 Salomon L [5], [6] thực hiện tạo hình niệu quản nội soi sau phúc mạc, và khuyến nghị nên thực hiện phương pháp này vì rút ngắn được thời gian và đi trực tiếp vào niệu quản và tĩnh mạch chủ.

Về thời gian phẫu thuật trung bình 90 phút (60 – 120) gần tương đương với các tác giả[1], lúc đầu khi mới bắt đầu triển khai kỹ thuật cần nhiều thời gian hơn để giải phóng niệu quản, để đặt JJ, để khâu nối, khi làm quen thì thời gian rút ngắn lại

Về lượng máu mất trong mổ không đáng kể, trung bình 30 ml gần giống các tác giả Stefano Ricciardulli1, Qiang Ding, Xu Zhang[1]. Thời gian trung tiện ngắn trung bình 5 giờ, giúp cho bệnh nhân mau hồi phục đây cũng là một ưu thế của nội soi sau phúc mạc. Thời gian rút dẫn lưu ngắn 2,5 ngày, tạo điều kiện cho bệnh nhân sinh hoạt bình thường. Tất cả các trường hợp đều phẫu thuật thành công 100%, không có trường hợp nào chuyển mổ mở, không có các tai biến chảy máu, tổn thương các tạng trong ổ bụng Clavien điol= 1 điểm, bệnh nhân không đau sau mổ VAS = 1.[6]. Sau mổ 1 – 3 tháng bệnh nhân được khám lại 100%, toàn trạng ổn định, chụp UIV và siêu âm bể thận và niệu quản giảm dần độ giãn thận, tỷ lệ giảm độ giãn thận 13/16 (81,3%) không có dấu hiệu hẹp niệu quản. Tỷ lệ còn giãn bể thận vừa: 3/16(18,75%). Kết quả tốt đạt 81,3%, khá 18,7%, không có biến chứng bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

## V. Kết luận

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là phẫu thuật ít xâm lấn, an

toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công 100%, kết quả tốt đạt 81.3%, khá đạt 18,7%, không có biến chứng, đau sau mổ ít, có tính thẩm mỹ cao, là phẫu thuật nên là phẫu thuật được lựa chọn ưu tiên.

## Tài liệu tham khảo

1. Ricciardulli S, Ding Q, Zhang X, Li H, Spagni M, et al. (2015) Retroperitoneal Laparoscopic Approach for Retrocaval Ureter: Our Experience on 27 Cases. J Urol Res 2(4): 1033
2. Simforoosh N, Nouri-Mahdavi K, Tabibi A. Laparoscopic pyelopyelostomy for retrocaval ureter without excision of the retrocaval segment: first report of 6 cases. J Urol. 2006; 175: 2166- 2169.
3. Lautin EM, Haramati N, Frager D, Friedman AC, Gold K, Kurtz A, Self J. CT diagnosis of circumcaval ureter. AJR Am J Roentgenol. 1988; 150: 591-594
4. . Baba S, Oya M, Miyahara M, Deguchi N, Tazaki H. Laparoscopic surgical correction of circumcaval ureter. Urology. 1994; 44: 122-126.
5. Salonia, A., Maccagnano, C., Lesma, A., Naspro, R., Suardi, N., Guazzoni, G., ... & Rigatti, P. (2006). Diagnosis and treatment of the circumcaval ureter. European urology supplements,5(5), 449-462
6. Salomon L, Hoznek A, Balian C, Gasman D, Chopin DK, Abbou CC. Retroperitoneal laparoscopy of a retrocaval ureter. BJU Int. 1999; 84: 181-182.
7. Bateson EM, Atkinson D. Circumcaval ureter: a new classification. Clin Radiol. 1969; 20: 173-177.
8. Jens J Rassweiler, Marie Claire – Rassweiler “Classification of Complication: is the Clavien – Dindo Classification the gold standard?” European Urology 62 (2012) 256- 260
9. Mathias, Haefeli ,Achim Elfering: Pain assessment , Eur Spine J. 2006 Jan;15(Suppl 1): S17–S24. Published online 2005 Dec 1.doi:10.1007/s00586-005-1044-x
10. Trần Chí Thanh, Đỗ Ngọc Sơn, Vũ Nguyễn Khải Ca, Phạm Văn Thành Công. Kết quả điều trị phẫu thuật hẹp niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới tụy I, Y học Thực Hành số 769+770. Huế tháng 6-2011.