

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG Ở TRẺ EM THEO PHƯƠNG PHÁP LICH – GRÉGOIR ĐIỀU TRỊ PHÌNH NIỆU QUẢN TIỀN PHÁT

PHẠM MINH NGỌC<sup>1</sup>, NGUYỄN VIỆT HOA<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y dược Thái Bình  
<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phương pháp cắm lại niệu quản vào bàng quang ở trẻ em theo Lich- Grégoir điều trị phình niệu quản tiên phát.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh phình niệu quản tiên phát điều trị cắm lại niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich – Grégoir tại Bệnh viện Việt Đức từ 01/2015 đến 02/2020.

**Kết quả:** 32 bệnh nhân với 33 niệu quản được cắm lại vào bàng quang. Độ tuổi trung bình  $45,69 \pm 15,17$  tháng, tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Thời gian phẫu thuật 1 bên  $99,5 \pm 16,9$  phút, phẫu thuật 2 bên 110 phút, thời gian hậu phẫu  $7,2 \pm 0,6$  ngày. Không trường hợp nào tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ. Theo dõi sau 12 tháng: tất cả cải thiện lâm sàng, không có triệu chứng đường tiểu dưới, 86,96% cải thiện thông số trên siêu âm. Biến chứng xa 2 trường hợp hẹp miệng nối chiếm 5%, tỷ lệ thành công của phương pháp là 95%.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắm niệu quản vào bàng quang theo Lich- Grégoir là phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị phình to niệu quản tiên phát ở trẻ em.

**Từ khóa:** phình niệu quản bẩm sinh tiên phát, phẫu thuật Lich – Grégoir

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE RESULTS EXTRAVESICAL URETERAL REIMPLANTATION FOLLOWING LICH- GREGOIR TECHNIQUE IN CHILDREN TREATMENT PRIMARY MEGAURETER

**Objective:** To evaluation of the results extravesical ureteral reimplantation following Lich – Grégoir technique in children treatment primary megaureter.

**Materials and methods:** A retrospective study was carried out on 32 patients who were diagnosed with primary megaureter underwent extravesical ureteral reimplantation following

Lich- Grégoir technique from 01/2015 to 02/2020 at the Department of Pediatric and Neonatal Surgery of Viet Duc Hospital.

**Results:** 32 patients with 33 ureters underwent ureteral reimplantation. Mean age of the patient was  $45.69 \pm 15.17$  months, male/female ratio is 1.9/1. The mean operative time was  $99.5 \pm 16.9$  min for unilateral and 110 min for bilateral. The mean hospital stay was  $7.2 \pm 0.6$  days. No patients had complications during surgery and early postoperative complications, 86.96 percent of patients were good and medical treatment were stable after 12 months. Long term outcomes has resticture was reported in two patients (5 percent).

**Conclusions:** Ureteral reimplantation with Lich-Grégoir technique is a safe and effective method for the treatment of primary megaureter.

**Keywords:** primary megaurete, Lich – Grégoir technique

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình niệu quản tiên phát đóng vai trò quan trọng trong niệu nhi, chiếm 1/4 trường hợp tắc nghẽn đường niệu ở trẻ em, đứng thứ 2 trong số các bệnh gây thận ứ nước sơ sinh [1]. Nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến ứ nước, ứ mủ thậm chí là suy thận. Phẫu thuật cắm lại niệu quản vào bàng quang là một trong những phương pháp điều trị phình niệu quản tiên phát. Hai trường phái chính cắm lại niệu quản vào bàng quang là ngả ngoài bàng quang theo Lich – Grégoir (1964) và ngả trong bàng quang của Colen (1971) hay Politano – Leadbetter (1958). Phẫu thuật ngả ngoài bàng quang có nhiều ưu việt: kỹ thuật đơn giản, không mở rộng bàng quang, thời gian hậu phẫu và biến chứng thấp [2] [3] [4]. Tại Việt Nam đã có một số tác giả nghiên cứu và nhiều thông báo khoa học về cắm niệu quản vào bàng quang theo Lich – Grégoir, tuy nhiên các nghiên cứu tập trung ở người lớn trong phẫu thuật ghép thận, chưa có nghiên cứu đầy đủ về kỹ thuật này ở trẻ em, đặc biệt trong bệnh lý phình niệu quản tiên phát. Đây là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả cắm lại niệu quản vào bàng quang ở trẻ em theo phương pháp Lich – Grégoir điều trị phình niệu quản tiên phát”.

Chịu trách nhiệm: Phạm Minh Ngọc

Email: drphambeto@gmail.com

Ngày nhận: 19/10/2020

Ngày phản biện: 19/11/2020

Ngày duyệt bài: 03/12/2020

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân phình niệu quản tiên phát được phẫu thuật cầm lại niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich - Grégoir tại Khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh - Bệnh viện Việt Đức từ 01/2015 đến 02/2020.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang. Thu thập thông tin ban đầu qua hồ sơ bệnh án và tiến hành theo dõi bệnh nhân theo thời gian.

### 3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện. Đánh giá kết quả sau mổ dựa trên tái khám lâm sàng và siêu âm kiểm tra mỗi 3 tháng.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung bệnh nhân

Thông tin		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 1	11	34,4
	1 - 3	7	21,9
	4 - 6	8	25
	7 - 15	6	18,3
Tuổi trung bình: 45,7 ± 15,2 tháng			
Giới	Nam	21	65,6
	Nữ	11	34,4
Bên tổn thương	Phải	10	31,3
	Trái	21	65,6
	Hai bên	1	3,1
Tổng		32	100

Tổng số 32 bệnh nhân với 33 niệu quản được cầm lại vào bàng quang. Độ tuổi trung bình 45,7 ± 15,2 tháng, tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Tổn thương gặp nhiều ở bên trái.

Triệu chứng lâm sàng: Nhóm triệu chứng đường tiểu dưới là thường gặp nhất, LUTS 28,12%, đau lưng 25%, sốt 6,25%, tắc đường niệu chiếm tỉ lệ ít nhất 3,13%.

Khi chụp X – quang bàng quang – niệu đạo lúc rặn tiểu (VCUG) thì kết quả là 2/11 trường hợp được chỉ định chụp VCUG có trào ngược nước tiểu.

Bảng 2. Thời gian liên quan điều trị

Thời gian	Giá trị trung bình	
Phẫu thuật 1 bên (phút)	99,5 ± 16,9	
	Nam:	Nữ:
	103,9 ± 22,0	96,4 ± 25,9
	p = 0.501	
Phẫu thuật 2 bên (phút)	110	
Thời gian hậu phẫu	7,2 ± 0,6 ngày	
Thời gian lưu thông tiểu	5,5 ± 0,8 ngày	
Thời gian rút dẫn lưu	5,4 ± 0,7 ngày	

Thời gian phẫu thuật 1 bên 99,5 ± 16,9 phút (50 – 200 phút), phẫu thuật 2 bên 110 phút.

Không có sự khác biệt thời gian phẫu thuật nam và nữ (p = 0,501).

Bảng 3. So sánh siêu âm trước – sau mổ (hậu phẫu)

Thời gian Thông số	Trước mổ	Hậu phẫu	p
Độ dày nhu mô thận (mm)	8,0 ± 1,22	9,33 ± 1,31	0,423
Kích thước trước sau bể thận (mm)	24,25 ± 5,63	22,24 ± 4,66	0,255
Đường kính niệu quản (mm)	16,63 ± 3,39	8,77 ± 2,27	0,039
Thận giãn (%)	90,63	62,5	
Niệu quản giãn (%)	75	37,5	

Đường kính niệu quản sau mổ giảm là thông số duy nhất có ý nghĩa thống kê (p < 0.05).

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

	Tên biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Biến chứng sớm (thời gian hậu phẫu)	Sốt	8	25
	Rò nước tiểu	0	0
	Tắc niệu quản	0	0
Biến chứng xa	Hẹp miệng nối	2	6,25
	Trào ngược	0	0
	Sỏi niệu	0	0
	Nhiễm trùng tiết niệu	0	0

## BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình 45,69 ± 15,17 tháng, tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1, tương đồng các nghiên cứu khác [2] [3] [4]. Nhiều tác giả hạn chế phẫu thuật dưới 1 tuổi vì tỉ lệ biến chứng phẫu thuật cao, nếu có chỉ định thì chỉ nên thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm [1]. Ở nước ta đa số phát hiện khi đã có triệu chứng bệnh, theo dõi diễn biến ngày càng xấu, không điều trị kịp thời sẽ nguy cơ biến chứng, do đó nhóm tuổi < 1 tuổi trong nghiên cứu này gặp nhiều nhất với 34,4%. Triệu chứng lâm sàng phình niệu quản tiên phát mơ hồ, không đặc hiệu: ở trẻ nhỏ chưa tự đi tiểu thì sốt và nhiễm khuẩn niệu là triệu chứng rõ ràng duy nhất. Ở trẻ lớn đã biết tự đi tiểu thì hay gặp triệu chứng đường tiểu dưới, trong nghiên cứu này là 28,12%. Triệu chứng sốt và tắc đường niệu lần lượt là 6,25% và 3,13%, ít hơn rất nhiều so với nghiên cứu các tác giả trong nước cách đây 20 năm. Chụp bàng quang niệu đạo lúc tiểu (VCUG) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và chẩn đoán mức độ trào ngược, có đến 46 – 60% trào ngược không sàng lọc được trên siêu âm được phát hiện bởi VCUG [5]. Có 2

trường hợp trào ngược trong nghiên cứu này, tất cả chỉ phát hiện được bằng VCUG.

Tổng số 33 niệu quản (NQ) trên 32 bệnh nhân được phẫu thuật Lich – Grégoir, 31/32 trường hợp thực hiện ngay thì đầu, 1/32 phẫu thuật sau mổ thận ra da. Có 1 trường hợp kết hợp trào ngược đối bên nhưng không thực hiện cầm lại NQ đối bên do trào ngược mức độ nhẹ (độ I). Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng trong mổ. Thời gian phẫu thuật 1 bên dài hơn 1 số tác giả nhưng thời gian phẫu thuật 2 bên tương đồng và ngắn hơn 1 số nghiên cứu [3] [4] [6]. Thời gian hậu phẫu  $7,2 \pm 0,6$  ngày, dài hơn một số nghiên cứu khác [3] [4] [7]. Có 25% bệnh nhi sốt ngày đầu sau mổ và hết ngày sau, các bệnh nhân này cấy khuẩn âm tính, toàn trạng ổn định, vết mổ khô, diễn biến tốt. Nhiều tác giả nhận định sốt những trường hợp này là phản ứng có dự kiến của cơ thể, hiếm khi do nhiễm trùng, làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân đôi khi không cần thiết [8]. Siêu âm hậu phẫu cho kết quả đường kính NQ giảm có ý nghĩa thống kê ( $p = 0.039$ ), điều này do nhiều NQ được tạo hình làm hẹp khẩu kính (tapering). Độ dày nhu mô thận, đường kính trước sau bể thận cần thời gian theo dõi dài hơn để thấy sự cải thiện.

Có 2 trường hợp cầm lại NQ vào bàng quang (BQ) là đi ngã ngoài BQ và ngã trong BQ. Dù là kỹ thuật nào đều phải tuân theo nguyên tắc của Pacquin để chống trào ngược: tạo đường hầm dưới niêm mạc với tỉ lệ lý tưởng chiều dài NQ/đường kính NQ là 5/1. Phương pháp Lich – Grégoir cho phép kiểm soát tốt kỹ thuật, đảm bảo nguyên tắc Pacquin nên tỉ lệ trào ngược rất thấp. Do thời gian phẫu thuật ngắn, không cần đầu xa NQ dài nên thiếu máu NQ ít gặp, chỗ khâu nối NQ – BQ chắc hạn chế rò nước tiểu. Ngoài ra do không mở rộng BQ, dẫn đến giảm chảy máu, dễ lành vết mổ, giảm thời gian hậu phẫu, không cần sonde tiểu lâu nên giảm nguy cơ nhiễm trùng. Vì nhiều ưu điểm trên mà tỉ lệ rò nước tiểu, trào ngược, hẹp miệng nối, tắc NQ, chảy máu, nhiễm trùng phương pháp Lich – Grégoir rất thấp [9] [10]. Trong nghiên cứu này không trường hợp nào biến chứng sớm thời gian hậu phẫu. Tái khám sau 1 năm tất cả bệnh nhân ổn định lâm sàng, không có rối loạn đường tiểu dưới, siêu âm các thông số cải thiện. Biến chứng xa có 2 trường hợp hẹp lại miệng nối (5%), sau mổ 20 tháng và 38 tháng đều đã được phẫu thuật lại, tới nay 1 trường hợp khám lại kết quả tốt. Tỉ lệ thành công của phương pháp là 95%.

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật cầm lại niệu quản vào bàng quang ở trẻ em theo phương pháp Lich – Grégoir điều trị phình niệu quản tiên phát là phẫu thuật an toàn và hiệu quả, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp và tỷ lệ thành công cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Steve J. Hodges, David Werle, Gordon McLorie.** (2010), "Megaureter", *The Scientific World Journal*, pp:10, 603–612.
2. **Silay MS, Turan T, Kayali Y.** (2018), "Comparison of intravesical (Cohen) and extravesical (Lich–Gregoir) ureteroneocystostomy in the treatment of unilateral primary vesicoureteric reflux in children", *J Pediatr Urol*, 14 (1):65.e1–65.e4.
3. **Soulier, V.** (2017), "Laparoscopic vesico–ureteral reimplantation with Lich – Grégoir approach in children: medium term results of 159 renal units in 117 children", *World J Urol*, 35 (11): p. 1791–1798.
4. **Bustangi N.** (2018), "Extravesical Ureteral Reimplantation Following Lich–Gregoir Technique for the Correction of Vesico–Ureteral Reflux Retrospective Comparative Study Open vs. Laparoscopy", *Front Pediatr*;6:388.
5. **Miyakita H; Hayashi Y; Mitsui T.** (2020). "Guidelines for the medical management of pediatric vesicoureteral reflux", *International Journal of Urology*.
6. **Onol FF.** (2009), "Lich-Gregoir ureteral reimplantation with fixation of ureter during detrusorraphy as a reliable outpatient anti-reflux procedure", *Eur J Pediatr Surg*, 19 (5):320-4.
7. **Schwentner C, Oswald J, Lunacek A.** (2006), "Lich-Gregoir reimplantation causes less discomfort than Politano-Leadbetter technique: Results of a prospective, randomized, pain scale-oriented study in a pediatric population", *Eur Urol*; 49 (2):388-95.
8. **Corkum KS, Hunter CJ, Grabowski JE.** (2018), "Early postoperative fever workup in children: utilization and utility", *J Pediatr Surg*, 53 (7):1295-1300.
9. **Fadil Iturralde JL, Marani J, Contardi JC, Damiani HJ.** (2019), "Vesicoureteral antireflux surgery with Lich-Gregoir technique without vesical drainage: Long-term results", *Actas Urol Esp*; 43 (8):439-444.
10. **Zeng L** (2015), "Clinical experience in diagnosis and management of complete duplication of kidney and ureter in 106 children", *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi*, 29 (11):1408-1414.