

# ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU THẤP THẺ TRƯỚC VÀ THẺ GIỮA BẰNG PHẪU THUẬT CUỐN ỐNG TẠI CHỖ BS CK II Dương Thị Kim Cúc, Khoa ngoại, BVĐKTT An Giang

## **Tóm tắt:**

**Mục đích:** Tìm hiểu ưu, khuyết điểm, chỉ định và giới hạn của phẫu thuật.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Từ 05/2001 – 01/2003 có 62 bn lỗ tiểu thấp (LTT) được phẫu thuật và theo dõi tại Bệnh viện Nhi Đồng I, bao gồm 27 bn thẻ trước (43,5%) và 35 bn thẻ giữa (56,5%). Trong đó 41 bn áp dụng kỹ thuật Snodgrass (66,1%) và 21 bn áp dụng kỹ thuật Duplay (33,9%). Đây là phương pháp tiên cứu để rút ra ưu, khuyết điểm, chỉ định và giới hạn của kỹ thuật.

**Kết quả:** Ngay sau xuất viện: tốt 88,7% và biến chứng 7 bn (11,3%). Kết quả lâu dài: tốt 75,8%, trung bình 12,9%, xấu 11,3%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và sau thời gian theo dõi: 6,5% và 9,7%. Theo tuổi: xấu (>11 tuổi) 14,3%.

**Kết luận:** Các bn lỗ tiểu thấp có thể sử dụng kỹ thuật Snodgrass, Duplay. Cả hai đều cho kết quả khá tốt, dễ thực hiện tại bệnh viện tỉnh, thời gian phẫu thuật ngắn, phương pháp dễ làm.

## **Abstract:**

**Purpose:** We draw the good and the bad points, the indications and the limitation of this technique.

**Materials and methods:** One retrospective study was performed at Children hospital N<sup>o</sup>1 from May, 2001 to January, 2003 including 62 patients who underwent hypospadias repair with Snodgrass (66,1%) or Duplay technique (33,9%). There were 27 patients with distal hypospadias (43,5%) and 35 patients with proximal hypospadias (56,5%).

**Result:** At discharge: A good outcome was 88,7% and complication rates were 11,3%. After 12 months follow-up: 75,8% had a good outcome and 24,2% had complications. The complication of fistula after operation and after 12 follow-up were 6,5% and 9,7%, respectively. Complication rates were highest in patients of 11 year-old group (14,3%).

**Conclusion:** Duplay's or Snodgrass's techniques provide a good results for hypospadias repair, moreover these techniques are easy and time saving so they could be performed in a provincial hospital.

## **I/ Đặt vấn đề:**

Lỗ tiểu thấp (LTT) là một dị tật bẩm sinh của dương vật, gặp với tần suất 1/300 ở trẻ nam sinh sống [3],[8], là lỗ tiểu nằm thấp so với vị trí bình thường ở đỉnh quy đầu, hậu quả của sự phát triển bất thường của niệu đạo. Lỗ tiểu càng thấp tật cong dương vật (chordee) càng nhiều, sẽ kéo theo dương vật cong và ngắn lại [12]. Bất thường này ảnh hưởng đến tiểu tiện, hoạt động sinh dục và gây ảnh hưởng xấu đến sự phát triển tâm lý của bệnh nhi và gia đình.

Phẫu thuật LTT là một trong những phẫu thuật khó, dễ thất bại hoặc để lại di chứng cần phải sửa chữa nhiều lần, gây tổn kém và ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhi [1],[8].

Cho đến nay đã có khoảng 300 phương pháp đã được mô tả [3]. Trong những năm gần đây phẫu thuật một thì ngày càng được thịnh hành và không ngừng được cải tiến nhằm thỏa mãn về mặt chức năng, thẩm mỹ và hạ thấp tỷ lệ biến chứng sau mổ. Ở Việt nam những năm gần đây phẫu thuật một thì đã được áp dụng nhiều nhưng biến chứng còn cao.

Để góp sức vào việc tìm kiếm một giải pháp kỹ thuật thích hợp với điều kiện ở bệnh viện tỉnh, chúng tôi xin thực hiện đề tài “**Điều trị lỗ tiểu thấp bằng phẫu thuật cuốn ống tại chỗ**” nhằm mục đích:

- 1/ Tìm hiểu các ưu điểm và khuyết điểm của phẫu thuật.
- 2/ Chỉ định và giới hạn của kỹ thuật.

## **II/ Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

1/ Đối tượng nghiên cứu: 62 bn bị dị tật LTT được điều trị và theo dõi tại khoa Ngoại Bệnh viện Nhi Đồng I, thành phố HCMh từ tháng 05/2001 đến tháng 01/2003.

### 🔗 **Tiêu chuẩn chọn bệnh**

LTT thể trước và thể giữa, qui đầu lớn và đẹp, không có dây xơ hoặc dây xơ nhẹ, và được phẫu thuật cùng một kíp phẫu thuật viên.

### 🔗 **Loại trừ:**

LTT thể trước và thể giữa nhưng qui đầu quá nhỏ, LTT thể sau hoặc với dây xơ nặng, và bệnh nhi đã mổ thất bại.

2/ Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp tiền cứu.

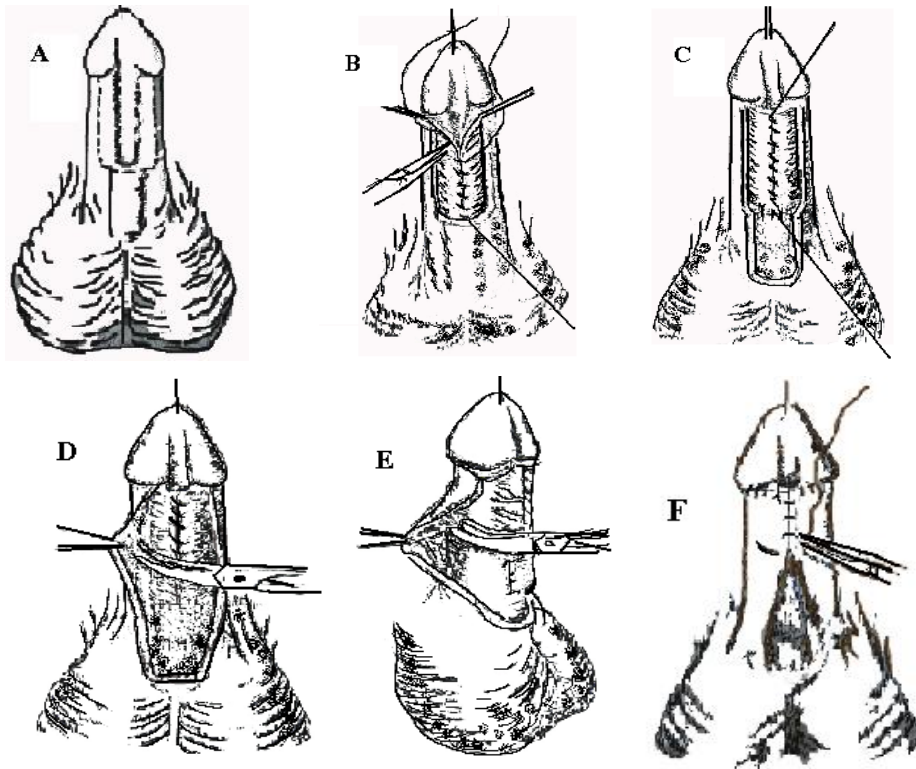
3/ Thu thập số liệu:

- ☞ Phân loại: dựa phân loại của John W. Duckett.
- ☞ Nghiên cứu lâm sàng : tuổi, khám lâm sàng.
- ☞ Nghiên cứu cận lâm sàng: Xét nghiệm thường qui, X quang tim phổi, siêu âm hệ thống tiết niệu, xét nghiệm giới tính khi nghi ngờ.
- ☞ Chuẩn bị bn và vô cảm: mê nội khí quản, tê cùng cụt.
- ☞ Phương tiện & dụng cụ: Dụng cụ: kính lúp, dụng cụ nhỏ, máy đốt điện. Chỉ phẫu thuật: chỉ PDS hoặc Vicryl 6.0 – 7.0. Dẫn lưu: ống dẫn lưu nước tiểu số 8 – 12 hoặc ống nuôi ăn số 6 – 10 và túi đựng nước tiểu.
- 3.1/ Phương pháp phẫu thuật: (Duplay và Snodgrass)
- ☞ Nguyên tắc:
  - Phẫu thuật một thì, sử dụng sản nđ cuốn ống để tạo nđ mới có hoặc không có rạch ở giữa sản nđ.
  - Thời điểm phẫu thuật: lý tưởng từ 1- 2 tuổi (BV Nhi đồng I), Hoa kỳ từ 6 tháng đến 18 tháng.

- ☞ Phương pháp phẫu thuật:

#### ↳ **Phẫu thuật Duplay**

Đường rạch da. Dụng dương vật: giải phóng mô xơ hoặc áp dụng kỹ thuật Nesbit. Tạo hình niệu đạo (Khâu cuốn hai mép của sản niệu đạo để tạo niệu đạo mới, dùng mô dưới da có cuống mạch ở vùng lưng dương vật (hoặc cân Dartos) để phủ lên niệu đạo mới. [6],[10]). Tạo hình qui đầu. Che phủ da, băng cố định dương vật bằng băng dán (Tagaderm), băng co dân (coban), và Foram (cầm máu).

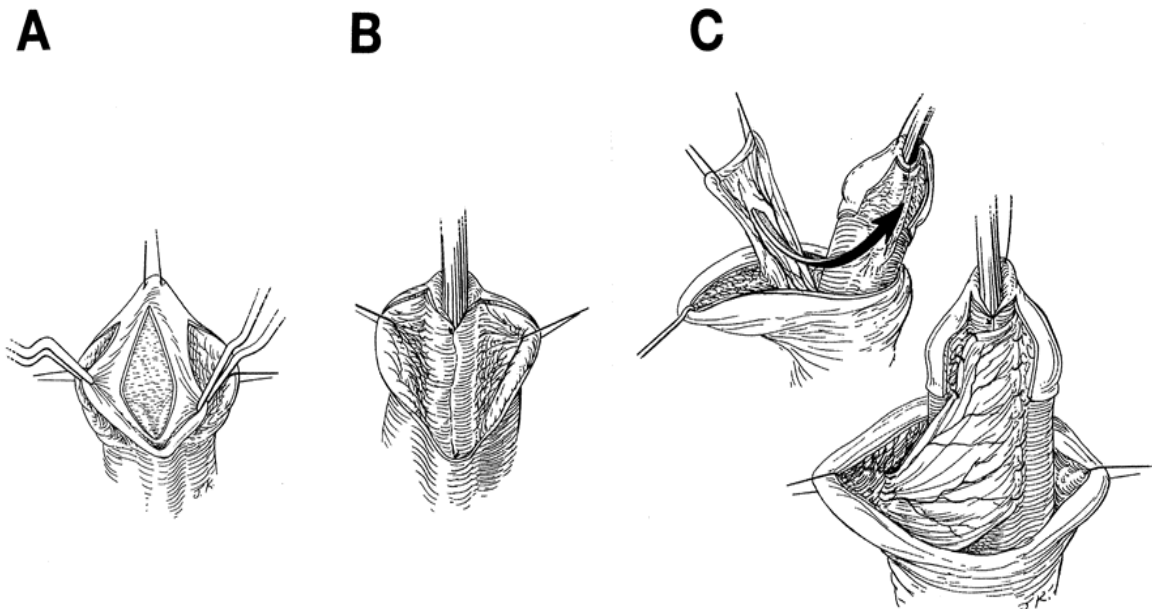


Hình 1: Phương pháp Duplay  
(Theo J.S. Valla, H. Steyaert )

☛ **Phẫu thuật Snodgrass** [7],[11].

Là phương pháp cải tiến của Thriech – Duplay, sử dụng sàn niệu đạo để tạo niệu đạo mới nhưng có rạch rộng sàn niệu đạo.

Hình 2: Phương pháp Snodgrass



(Theo Borer & cs [4])

2.2 Điều trị và ghi nhận biến chứng sau mổ:

☒ Điều trị sau mổ:

Nằm yên trên giường 2 – 3 ngày đầu. Chăm sóc ống dẫn lưu, lưu ống 5 – 7 ngày. Thay băng: sau 2 – 5 ngày và có thể 7 ngày. Thuốc: Kháng sinh: Dùng kháng sinh phổ rộng. Giảm đau: Acetaminophen. Thuốc chống co thắt: Oxybutidin (Ditropan). Công tác tâm lý.

#### **☒ Ghi nhận các biến chứng sau mổ:**

- Biến chứng sớm: chảy máu, nhiễm trùng trong thời gian hậu phẫu và sau khi rút dẫn lưu.
- Biến chứng muộn: hẹp lỗ tiểu, hẹp niệu, dò niệu, xoay trục DV, túi thừa niệu.
- ☞ Tiêu chuẩn đánh giá kết quả sau mổ:
  - Tốt: Dv thẳng, không đau, vị trí lỗ tiểu ở đỉnh qui đầu, niệu mới rộng, qui đầu còn cảm giác: nóng, lạnh, đau.
  - Trung bình: Lỗ tiểu từ ở khác qui đầu, biến chứng hẹp niệu.
  - Xấu: Biến chứng sau khi xuất viện phải xử lý phẫu thuật, lỗ tiểu ở dưới khác qui đầu.
- ☞ Phương pháp đánh giá kết quả:  
Hẹn tái khám: 1 -3 -6 -12 tháng. Khám lâm sàng: xem hình dáng DV, cảm giác qui đầu, cương DV (hỏi người nhà), chức năng đi tiểu (tia nước tiểu mạnh, to).

**3/ Xử lý số liệu:** xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS và Epi info 2000.

### **III/ Kết quả:**

3.1 Đặc điểm giải phẫu – lâm sàng:

5/2001-1/2003 có 62 bn bị dị tật LTT đã được điều trị tại Bv NHI ĐỒNG I.

- Tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi, lớn nhất là 15 tuổi. (<6 tuổi: 41,9%, 6 – 11 tuổi: 35,5%, >11 tuổi: 22,6%).
- Thể bệnh: Thể trước: 27 bệnh nhân (43,5%). Thể giữa: 35 bn (56,5%) <Thể thân dương vật xa: 9 bn (14,5%), thể giữa thân dương vật : 21 bn (33,9%), thể thân dương vật gần : 5 bn (8,1%)>.

3.2 Kết quả phẫu thuật:

☞ Biến chứng:

◆ Biến chứng sớm:

- Biến chứng sau rút ống dẫn lưu:

+ Dò niệu kèm nhiễm trùng: thể trước (3,7%) và thể giữa (8,6%): (P > 0,05).

+ Dò niệu: thể trước (7,4%), thể giữa (2,9%): (P > 0,05).

+ Tụt lỗ sáo (1/8 bn): biến chứng hiếm gặp.

◆ Biến chứng qua theo dõi lâu dài

- Tỷ lệ dò niệu của thể thân dương vật gần cao hơn thể trước (60% và 7,4%)(P<0,05)

- Tỷ lệ biến chứng của thể trước cao hơn so với thể giữa (14,8% và 9,6%) (P>0,05).

☞ **Kết quả chung**

◆ **Kết quả ngay sau mổ**

Kết quả biến chứng ngay sau mổ cao nhất (60%) là thể dương vật gần cao hơn thể trước (7,4%), (P<0,05).

◆ **Kết quả lâu dài**

Tỷ lệ xấu của thể dương vật gần cao hơn thể trước (60% và 7,4%)(P<0,05)

Theo tuổi:

- 6 -<= 11 tuổi tỷ lệ tốt cao nhất (81,8%), và >11 tuổi tốt thấp nhất (57,1%).
- >11 tuổi tỷ lệ xấu cao nhất ( 14,3%).

### **IV/ Bàn luận:**

1/ Đặc điểm – Lâm sàng của LTT:

☞ Tuổi:

- Trước 1980 phẫu thuật lỗ tiểu thấp được thực hiện ở trẻ lớn (> 3tuổi) và được mổ nhiều thì, do đó dễ ảnh hưởng đến tâm lý. Manley & Epstein tiến hành phẫu thuật ở tuổi từ 2 – 6 tuổi.
- Theo một số tác giả nước ngoài: John W. Duckett, Jr., Christopher. S. Cooper., Snodgrass W., Emir, H.,: phẫu thuật tốt nhất từ 6 tháng – 18 tháng tuổi [5],[9 ],[12].
- Theo Nguyễn Thanh Liêm, tuổi phẫu thuật lỗ tiểu thấp là 2– 4 tuổi [2].
- Theo Bv Nhi Đồng I, tuổi phẫu thuật tốt nhất là từ 1 – 2 tuổi .
- ☛ Sử dụng sản niệu đạo để tạo hình niệu đạo mới.
- ☛ Sản niệu đạo có hệ thống mạch máu phong phú được cung cấp bởi động mạch lưng sâu và niệu đạo

2/ Ưu, nhược điểm của phương pháp phẫu thuật:

- ☛ Ưu điểm:
  - Chúng tôi đã sử dụng sản niệu đạo để cuốn ống tạo niệu đạo mới, sau đó bóc tách lớp cân Dartos có cuống mạch máu (được bóc tách từ mô vùng lưng bao qui đầu) dùng che phủ lên niệu đạo mới. Đó cũng là yếu tố làm giảm nguy cơ dò niệu đạo.
  - Baskin và cs đã nghiên cứu về mô học và so sánh giải phẫu dương vật, phối thai bình thường với lỗ tiểu thấp, ông thấy có hệ thống mạch máu phong phú cung cấp cho sản niệu đạo ở những bé trai bị lỗ tiểu thấp và sự phân bố này lan rộng đến qui đầu và niệu đạo của dương vật xa [4].
  - Theo Yang, Stephen Sheidei & cs dù có rạch ở giữa sản niệu đạo vẫn duy trì và giữ được hệ thống mạch máu cung cấp từ bó mạch niệu đạo và qui đầu [4].
  - Do sử dụng sản niệu đạo để cuốn ống nên tránh được hiện tượng xoay trục dương vật.
  - Dễ đóng da, nhưng một số tác giả khuyên khi đóng da không nên để đường khâu da và đường khâu niệu đạo trùng với nhau nhằm tránh biến chứng xì, dò.
  - Sản niệu đạo có thể rạch sâu hết lớp cân, chiều dài từ lỗ tiểu thấp đến đỉnh qui đầu, đường rạch sẽ lành trong 3 tuần do hiện tượng niêm mạc hóa ở sản niệu đạo và không tạo sẹo co rút nên tránh được biến chứng hẹp niệu đạo (PT Snodgrass).
- ☛ Nhược điểm:
  - Chỉ định còn hạn chế ở những LTT thể trước và thể giữa không hoặc có kèm cong dương vật nhẹ và trung bình.
  - Không tạo được qui đầu theo ý muốn, để kết quả thật hoàn hảo phải kết hợp với một phương pháp khác chuyên vị lỗ sáo và tạo hình qui đầu (MAGPI).
  - Nếu rạch rộng hai bên sản niệu đạo để có niệu đạo mới rộng thì da che phủ chỗ khuyết dương vật sẽ thiếu. Nếu rạch hai bên sản niệu đạo vừa đủ thì khi cuốn ống để tạo niệu đạo mới rất dễ căng khi khâu nên dễ bị dò sau này (PT Duplay).

## V/ Kết luận:

1/ Từ tháng 5/ 2001 đến tháng 1/ 2003, có 62 bệnh nhân bị dị tật LTT được phẫu thuật theo phương pháp cuốn ống tại chỗ có hoặc không có rạch sản niệu đạo. Tuổi từ 2 đến 15 tuổi, tuổi chiếm nhiều nhất là <6 tuổi 26 bn (41,9%).

2/ Chỉ định phẫu thuật: Kỹ thuật cuốn ống tại chỗ có hoặc không có rạch sản niệu đạo được chỉ định cho các bệnh nhi thể trước và thể giữa có sản niệu đạo rộng, sâu (nông), đẹp, có hoặc không có kèm tật cong dương vật ở dạng nhẹ.

3/ Phẫu thuật 1 thì, sử dụng sản niệu đạo tại chỗ có hệ thống mạch máu nuôi rất phong phú.

4/ Kết quả phẫu thuật:

- Kết quả tốt ngay khi xuất viện là 88,7%.
- Kết quả theo dõi lâu dài: Tốt : 75,8%, trung bình: 12,9%, xấu: 11,3%.

Qua kết quả trên mặc dù tỷ lệ thành công của phẫu thuật còn thấp nhưng có thể áp dụng cho tuyến tỉnh, vì phương pháp phẫu thuật tương đối dễ thực hiện và thời gian phẫu thuật ngắn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. **Nguyễn Văn Đức** (1985), *Lỗ tiểu thấp*. Phẫu thuật bụng ở sơ sinh và trẻ em, tập 2, quyển 4. Tp. HCM, NXB Y Học, trang. 232-237.
- [2]. **Nguyễn Thanh Liêm** (2002), *Dị tật lỗ tiểu lệch thấp*. Phẫu thuật tiết niệu trẻ em. Hà Nội, NXB Y Học, trang. 172-195.
- [3]. **Andrea Franchella** (1997), *The treatment of hypospadias*. Medicina. Chirurgia Pediatrica, p. 1-10.
- [4]. **Borer, Joseph G, Bauer, Stuart B.; Peters, Craig A.; Diamond, David A.; Atala, Anthony; Cilento, Bartley G. JR.; Retik, Alan B** (2001), *Tubularized incised plate urethroplasty:: expanded use in primary and repeat surgery for hypospadias*. J Urol 165(2), February, p. 581-585.
- [5]. **Chhibber, Ashwani K.; Perkins, Fredrick M.; Rabinowitz, Ronald; Vogt, Alison W.; Hulbert, William C** (1997), *Penile block timing for postoperative analgesia of hypospadias repair in children*. J Urol 158(3), September, p.1156-1159.
- [6]. **Earl Y. Cheng, Sreenivas N. Vemulapalli, Bradley P. Kropp, John C. Pope, IV, Peter D. Furness, III, William E. Kaplan and D. Preston Smith** (2002), *Snodgrass hypospadias repair with vascularized dartos flap: The perfect repair for virgin cases of hypospadias?*. J Urol 168, October, p. 1723-1726.
- [7]. **Edmond T. Gonzales: Stuart B, Bauer** (1999), *Pediatric Urology Practice*, p. 487-497.
- [8]. **Manley CB, Epstein ES** (1981), *Early hypospadias repair*. J Urol 125, p. 698.
- [9]. **Snodgrass, Warren; Koyle, Martin; Manzoni, Gianantonio; Hurwitz, Richard; Caldamone, Anthony; Ehrlich, Richard** (1998), *Tubularized incised plate hypospadias repair for proximal hypospadias*. J Urol 159(6), June, p. 2129-2131.
- [10]. **Warren Snodgrass** (1994), *Tubularized, incised plate urethroplasty for distal hypospadias*. J Urol 151, February, p. 464-465.
- [11]. **Warren T. Snodgrass** (1999), *Tubularized incised plate hypospadias repair: indications, technique, and complication*. Urology 54, p. 6-11.
- [12]. **Mollard P.** (1984), *Hypospadias masculin*. In: *Precis d'urologie de l'enfant*. Masson, Paris, p. 297-321.