

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU ĐẠO DO DI CHỨNG SAU CHẤN THƯƠNG

Lê Anh Tuấn*; Vũ Thắng*; Vũ Đình Cầu*

TÓM TẮT

Hẹp niệu đạo (NĐ) là một trong những bệnh lý niệu khoa thường gặp. Phương pháp điều trị phụ thuộc vào vị trí, tính chất và chiều dài đoạn hẹp. Từ 3 - 2000 đến 11 - 2007, 43 bệnh nhân (BN) hẹp NĐ di chứng sau chấn thương được điều trị tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103, trong đó 14 BN hẹp NĐ trước và 29 BN hẹp NĐ sau. Các phương pháp phẫu thuật gồm: xẻ lạnh NĐ qua nội soi: 3 BN; nối NĐ tận-tận: 34 BN; tạo hình NĐ bằng vạt da bìu: 2 BN; tạo hình NĐ bằng da đùi tự do: 4 BN. Tỷ lệ thành công 79%.

* Từ khóa: Hẹp niệu đạo; Tạo hình niệu đạo.

THE RESULT OF TREATMENT OF POSTTRAUMA URETHRAL STRICTURE

Le Anh Tuan; Vu Thang; Vu Dinh Cau

SUMMARY

Urethral stricture occurs more among the urologic disorders. The method treatment depends on the location, character and the lengthly of the urethral strictures. From 3 - 2000 to 11 - 2007, 43 patients with urethral strictures were treated at the Department of Urology, 103 Hospital. 14 patients with anterior urethral strictures and 29 patients with posterior urethral strictures. Excision and primary anastomosis were performed in 34 patients, 2 patients with anterior urethral strictures were operated with scrotal flap urethroplasty, 3 patients with posterior urethral strictures were operated with interal urethrotomy and 4 patients with posterior urethral strictures after pelvic fracture were operated with free skin graft urethroplasty. The successful rate was 79%.

* Key words: Urethral stricture; Urethroplasty.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp NĐ di chứng thường là hậu quả của chấn thương NĐ gồm hẹp NĐ trước và hẹp NĐ sau. Phẫu thuật phục hồi lưu thông NĐ chủ yếu tiến hành ở các trung tâm chuyên

khoa và vẫn là một thách thức với các bác sĩ niệu khoa [4, 7]. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng như xẻ lạnh NĐ qua nội soi, phẫu thuật nối NĐ tận-tận, tạo hình NĐ bằng ống da hoặc niêm mạc.

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Tiến Bình

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả điều trị hẹp NĐ do di chứng sau chấn thương tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

43 BN nam, tuổi từ 14 - 60, hẹp NĐ do di chứng sau chấn thương, được phẫu thuật tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103 từ 3 - 2000 đến 11 - 2007.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu hồi cứu.
- Tuổi, giới.
- Tiền sử phẫu thuật trước khi đến viện.
- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đặc biệt là chụp NĐ cản quang.

* Phương pháp phẫu thuật:

- Với hẹp NĐ trước:
 - + Phẫu thuật nối NĐ tận-tận.
 - + Với BN đoạn NĐ hẹp > 2 cm, sử dụng vật da bìu tạo hình NĐ.
- Với hẹp NĐ sau:
 - + Xê lạnh NĐ qua nội soi khi BN còn tiểu tiện được và đặt được guide vào bàng quang.
 - + Nối NĐ tận-tận khi hẹp NĐ hoàn toàn.
 - + Sử dụng vật da đùi tự do thay thế NĐ nếu đoạn hẹp > 2 cm.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Vị trí niệu đạo tổn thương: NĐ trước: 14 BN; NĐ sau: 29 BN.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG	NĐ TRƯỚC	NĐ SAU	CỘNG
Còn dẫn lưu bàng quang trên xương mu	6	26	32
BN còn tiểu tiện được, tia nước tiểu nhỏ	8	3	11
Đã phẫu thuật tạo hình NĐ thất bại	1	7	8

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật.

PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT	NĐ TRƯỚC	NĐ SAU	CỘNG
Nối NĐ tận-tận	12	22	34 (79%)
Xê lạnh NĐ qua nội soi	0	3	3 (6,9%)
Tạo hình NĐ bằng da bìu	2	0	2 (4,6%)
Tạo hình NĐ bằng da đùi tự do	0	4	4 (9,5%)

Nối NĐ tận-tận là chủ yếu: 79%.

Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật tạo hình NĐ.

PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT	THÀNH CÔNG	THẤT BẠI	CỘNG
Nối NĐ tận-tận	27	7	34
Xê lạnh NĐ qua nội soi	3	0	3
Tạo hình NĐ bằng da bìu	2	0	2
Tạo hình NĐ bằng da đùi tự do	2	2	4
Cộng	34 (79%)	9 (21%)	43 (100%)

7/9 BN điều trị thất bại được mổ lại tạo hình NĐ, trong đó 3 BN mổ lại lần 2.

Với thời gian theo dõi 1 - 5 năm:

- Tốt: 31 BN; hẹp lại: 3 BN phải nong NĐ định kỳ.
- Đo lưu tốc dòng tiểu: 16 BN (chỉ đo lưu tốc dòng tiểu ở BN hẹp NĐ sau). Kết quả: 4 BN $Q_{max} < 15$ ml/giây, 12 BN $Q_{max} > 15$ ml/giây.

BÀN LUẬN

Hẹp NĐ trước gồm NĐ dương vật và NĐ hành. Tạo hình NĐ trước được thực hiện đầu tiên năm 1834. Hausner cắt đoạn NĐ hẹp và nối tận-tận. Phương pháp nối NĐ tận-tận thường được áp dụng vì dễ làm và tỷ lệ thành công cao. 12 BN bị hẹp NĐ trước được phẫu thuật nối NĐ tận-tận với kết quả tốt 11/12 BN. Tuy nhiên, nếu đoạn NĐ hẹp > 2 cm, đặc biệt ở vị trí NĐ dương vật, nếu nối tận-tận sẽ gây cong dương vật hoặc tỷ lệ hẹp tái phát cao. Để đảm bảo chiều dài NĐ không bị ngắn đi, nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình được áp dụng như sử dụng

da bìu, da bao quy đầu, niêm mạc bàng quang, niêm mạc miệng... để tạo hình NĐ [4]. Chúng tôi gặp 2 trường hợp sử dụng da bìu để tạo hình NĐ đều đạt kết quả tốt. Tuy nhiên, trong những năm gần đây nhiều tác giả sử dụng mảnh ghép niêm mạc miệng để tạo hình NĐ cho kết quả tốt.

Phẫu thuật hẹp NĐ sau là một kỹ thuật phức tạp, cho đến nay đã có rất nhiều phương pháp khác nhau [3, 4]. Hiện hay sử dụng 2 phương pháp:

- Xẻ lạnh NĐ qua nội soi: là phương pháp ít sang chấn, đơn giản. Tuy nhiên, chỉ áp dụng cho trường hợp hẹp NĐ ngắn và không hoàn toàn còn đặt được guide, tỷ lệ tái phát còn cao [2]. Chúng tôi xẻ NĐ qua nội soi và nong NĐ định kỳ cho 3 BN với kết quả tốt, nong niệu đạo cỡ 21 ch, đo niệu động học ở 2 BN có $Q_{max} > 15$ ml/giây.

- Nối NĐ tận-tận: áp dụng cho các trường hợp hẹp NĐ hoàn toàn cho kết quả khá tốt, phẫu thuật không quá phức tạp. 16/22 BN hẹp NĐ sau được phẫu thuật nối NĐ tận-tận với kết quả tốt.

- Không phải lúc nào cũng có thể áp dụng được phương pháp nối NĐ tận-tận, với trường hợp hẹp NĐ > 2 cm khó nối tận-tận vì NĐ căng, tỷ lệ thành công thấp [1, 5]. Với trường hợp hẹp NĐ sau, đoạn NĐ hẹp > 2 cm, nên sử dụng mảnh ghép để thay thế NĐ [6, 8]. 4 BN được tạo hình NĐ sau sử dụng vật da đùi tự do: 2 BN kiểm tra sau 12 tháng và 36 tháng NĐ không bị hẹp lại, tiểu tiện bình thường, $Q_{max} = 18$ và 20 ml/giây, nong NĐ vào được Benique cỡ 21 ch, dương vật cương tốt, xuất tinh tốt; 1 BN sau 1 tháng kiểm tra: NĐ sau hẹp hoàn toàn không thể nong được, chụp NĐ cản quang ngược và xuôi dòng thấy NĐ sau không ngấm thuốc; 1 BN sau 6 tháng NĐ bị hẹp lại. Các trường hợp trên có thể do nhiều nguyên nhân: cơ địa sẹo lồi, BN mổ nhiều lần, sức khỏe của BN... [5].

Theo chúng tôi, nên mổ theo đường tầng sinh môn vì dễ tiếp cận NĐ và có thể tránh được tổn thương thần kinh thẹn liên quan

đến vấn đề cương dương vật [1]. Bước đầu sử dụng vật ghép da đùi tự do để thay thế NĐ vì: kỹ thuật lấy vật da đơn giản, không gây sang chấn lớn; có thể lấy được vật da dài, rộng tùy ý.

KẾT LUẬN

Hẹp NĐ là bệnh lý thường gặp sau chấn thương NĐ. Có nhiều phương pháp lựa chọn để điều trị tùy theo vị trí, tính chất và chiều dài đoạn NĐ hẹp. Phương pháp hay được lựa chọn và có kết quả tốt là khâu nối NĐ tận-tận. Kết quả điều trị hẹp NĐ trước tốt hơn hẹp NĐ sau và vấn đề tạo hình trong hẹp NĐ sau vẫn là một trong những khó khăn đối với các bác sĩ niệu khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Vũ Nguyễn Khải Ca và CS.* Điều trị hẹp NĐ sau do vỡ xương chậu bằng phương pháp nối NĐ tận-tận qua đường tầng sinh môn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2001, 4, tr.152-157.
2. *Nguyễn Tiến Đệ.* Điều trị hẹp NĐ bằng phương pháp xẻ lạnh qua ngã NĐ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2001, 4, tr.29-33.
3. *Nguyễn Bửu Triều.* Chấn thương và vết thương NĐ. 1988, số chuyên đề, tr.1-14.
4. *Vũ Văn Ty và CS.* Kết quả điều trị phẫu thuật hẹp NĐ cho 32 BN. Tạp chí Y học Việt Nam. 2005, 313, tr.827-831.
5. *Lê Anh Tuấn.* Sử dụng vật ghép da rời tự do trong điều trị hẹp NĐ sau do vỡ xương chậu. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2008, 4, tr.99-102.
6. *W.A. Desy, W. Oosterlinck.* Atlasts of reconstructive urethral surgery. Morell officina Grafica SpA. Italy. 1990, pp.50-58.
7. *Ennemoser, K. Colleselli.* Posttraumatic posterior urethral, stricture repair - anatomy, surgical approach and long - term result. J Uro. 1997, 157, pp.499-505.
8. *Gil - Vemet.* Traitement des stenoses traumatique de l'uretre posterieur. K Uro. 1966, pp.72-97.

