

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI VÀ NGOẠI KHOA TINH HOÀN KHÔNG XUỐNG BIÙ Ở 104 TRẺ TRƯỚC 2 TUỔI

Lê Minh Trác⁽¹⁾, Trần Ngọc Bích⁽²⁾, Nguyễn Phú Đạt⁽³⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức- Hà Nội, (3) Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị nội khoa và ngoại khoa tinh hoàn không xuống bìu ở trẻ dưới 2 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** 104 trẻ có tinh hoàn không xuống bìu được theo dõi từ sơ sinh tới 2 tuổi. Tiêm bắp human Gonadotrophin 2 đợt, 7 mũi, tuần 3 mũi, đợt 2 cách đợt 1 từ 1,5-2 tháng. Tinh hoàn không xuống bìu sẽ mổ sau 3 tháng. **Kết quả:** Bên dị tật: phải 44(42,3%), trái 33(31,7%), hai bên:27(26%). Vị trí của 131 tinh hoàn: Lỗ bẹn ngoài 44(33,6%), ống bẹn 70(53,4%), lỗ bẹn trong 10(7,6%), ổ bụng 7(5,4%). Điều trị nội xuống bìu hoàn toàn 25(24%), xuống 1 phần 33(31,7%), không xuống 46(44,2%). Mổ hạ tinh hoàn ở ống bẹn và lỗ bẹn nông thành công 100%, ổ bụng và lỗ bẹn sâu có 13 tinh hoàn thì không thấy 2 tinh hoàn, xuống bìu 9/11, xuống 1 phần 2/11 không gặp biến chứng phẫu thuật. **Kết luận:** Phát hiện sớm và điều trị THKXB trước 2 tuổi cho tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: Tinh hoàn không xuống bìu

ABSTRACT

EVALUATING THE RESULT OF MEDICAL TREATMENT AND ORCHIDOPEXY OF CRYPTORCHIDISM IN 104

CHILDREN UNDER 2 YEARS

Objectives: To evaluate the results of Hormon therapy and early orchidopexy of cryptorchidism in children <2 years of age.

Materials and methods: descriptive, prospective study on 104 cases with 131 undescended testes were followed up from birth to 2 years. Hormone treatment: 300UI of HCG, 7doses, 2 periods, the seconds was after the first 1.5-2 months, after 3 months of Hormonal therapy testes still undecided, orchidopexy had been done. **Results:** right 44 (42.3%), left 33 (31.7%), 2side 27(26%). Positions of 131 undescended testes: Extra inguinal ring 44 (33.6%), inguinal canal 70 (53.4%), intrainguinal ring 10 (7.6%) abdomen 7 (5.4%). Hormonal therapy descended 25(24%), partly descended 33(31.7%), undescended 46(44.2%). If testes in extrainguinal ring and inguinal canal, Orchidopexy succeeded in 100%. If testes in intrainguinal ring, abdomen, that successes in 9/11, imperfectly 2/11, did not find 2 testes. Had not seen any side effects.

Conclusion: Finding & treating cryptorchidism in children <2 years had highly successful rate

Key words: Cryptorchidism

I/ ĐẶT VẤN ĐỀ :

Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) là một dị tật phổ biến ở trẻ nam. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả tỉ lệ mắc ở trẻ mới sinh 3-5%, trẻ non tháng 17-36%. Tới khi 3 tháng tuổi tỉ lệ còn khoảng 0,8 – 1 %, sau đó tinh hoàn hầu như không di chuyển xuống bìu thêm [1,2,3].

Tinh hoàn muốn thực hiện được chức năng đầy đủ, đòi hỏi nhiệt độ thấp hơn nhiệt độ cơ thể khoảng 2 độ C. Những bằng chứng đã chỉ ra rằng tinh hoàn không xuống bìu gây ra những biến chứng : giảm khả năng sinh sản , vô sinh , nguy cơ ung thư hóa , xoắn tinh hoàn, chấn thương và tác động tâm lí khi lớn. Trên thế giới việc điều trị nội khoa bằng HCG từ năm 1930 cho tới nay, nhưng hiện phác đồ vẫn còn chưa thống nhất.

Tại Châu Âu ưu tiên sử dụng HCG, GnRH hoặc phối hợp cả hai cho tỉ lệ thành công từ 14 – 65 % , sau 3 tuổi thấy đáp ứng tốt hơn trước 3 tuổi [4]. Điều trị ngoại khoa tuổi mổ hạ tinh hoàn theo Campell 1950 – 1967 là sáu tuổi. Nhưng từ nghiên cứu của Melgen 1981, Cooper, Hadziselimovic 1983 đã chỉ ra rằng các tinh nguyên bào sẽ bị thoái hóa nhanh chóng lúc 2 tuổi [5], và các tác giả đề nghị mổ trước 2 tuổi.

Tại Việt nam theo Nguyễn Thị Ân (2000) điều trị nội khoa hạ tinh hoàn xuống bìu hoàn toàn 22,2 % . Điều trị ngoại khoa trước 2 tuổi tại các bệnh viện lớn dưới 10 % , tuổi mổ trung bình thường từ 5,8 – 13,6 tuổi [6,7,4]. Chưa có công trình nào công bố điều trị nội và ngoại khoa cho trẻ trước 2 tuổi. Chính vì vậy

với mục đích đánh giá kết quả điều trị nội và ngoại khoa tinh hoàn không xuống bìu trước 2 tuổi chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu :

- Đánh giá kết quả điều trị HCG ở trẻ dưới 2 tuổi
- Kết quả sớm của điều trị ngoại khoa

II/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG:

Bao gồm 104 trường hợp sinh ra tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1/ 2010 – 1/ 2012 khám phát hiện, theo dõi có THKXB từ sau sinh đến 12 tháng.

Loại trừ những trường hợp không rõ giới tính, hoặc không đến khám lại

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.
- Cách thức tiến hành:

- Chỉ định điều trị nội khoa :

Khi trẻ 12 tháng tuổi, không kèm dị tật như thoát vị bẹn, nước màng tinh hoàn.

- Sử dụng phác đồ Job tiêm bắp 300 đv, tuần 3 lần, 7 mũi, nhắc lại sau 1,5 – 2 tháng nếu tinh hoàn vẫn chưa xuống.

- Chỉ định điều trị ngoại khoa :

+Trẻ điều trị nội nhưng tinh hoàn vẫn chưa xuống bìu

+Trẻ dưới 12 tháng tuổi có kèm theo dị tật thoát vị bẹn mổ hạ luôn tinh hoàn

-Đánh giá kết quả điều trị nội :

- +Tinh hoàn xuống hoàn toàn nằm ở bìu- kết quả tốt.
- +Xuống không hoàn toàn, có xuống nhưng dùng lại trên đường di chuyển xuống bìu - kết quả khá.
- +Không xuống vẫn ở nguyên vị trí - không kết quả.

Đánh giá kết quả điều trị ngoại :

- Tốt là tinh hoàn ở túi bìu
 - Trung bình là nằm lỗ bẹn ngoài đến gốc dương vật
 - Xấu là nằm ống bẹn trở lên hoặc phải loại bỏ
- Xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y học

III/ KẾT QUẢ

1. KHÁM LÂM SÀNG.

104 bệnh nhân có 131THKXB được phát hiện và theo dõi từ lúc sinh tới 12 tháng, tuổi điều trị HCG đợt 1 (12± 0.7 tháng), HCG đợt 2 (14± 0.5 tháng), tuổi mổ hạ tinh hoàn (19± 1.5 tháng)

- Bên phải 44 (42.3%)
- Bên trái 33 (31.7%)
- Hai bên 27 (26%)
- Sờ thấy 114 (87%)

Không sờ thấy 17 (13%)

2. VỊ TRÍ THKXB THEO SIÊU ÂM.

Ổng bẹn 70(53,4 %), lỗ bẹn nông 44 (33,6 %), lỗ bẹn sâu và ổ bụng 17(13%)

3. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

3.1. Số THKXB được điều trị

Bảng 1. Số THKXB được điều trị

Số tinh hoàn điều trị	n	%
Điều trị nội	104	79,4
Mổ sau điều trị nội không xuống	53	40,5
Mổ kèm thoát vị bẹn	7	5,3
Mổ không có điều trị nội	13	9,9
Đang tiếp tục theo dõi	7	5,3
Tổng số	131	100 %

Số tinh hoàn được điều trị nội 104 (79,4 %), đã mổ 53 (40,5 %), chưa điều trị 7 (5,3 %)

3.2 Kết quả điều trị nội khoa

Bảng 2. Kết quả điều trị nội khoa

Vị trí THKXB	Số tinh hoàn	Xuống bìu hoàn toàn	Xuống một phần	Không xuống
Lỗ bẹn nông	32	20 (62,5 %)	0	12 (37,5 %)
Ổng bẹn	56	5 (8,9 %)	24 (42,8 %)	27 (48,2 %)
Lỗ bẹn sâu	10	0	6 (60 %)	4 (40 %)
Ổ bụng	6	0	3 (50 %)	3 (50 %)
Tổng số	104	25 (24 %)	33 (31,7 %)	46 (44,2 %)

Tinh hoàn ở lỗ bẹn ngoài điều trị nội xuống 62,5 %, ở ống bẹn 8,9 %, lỗ bẹn trong đến ổ bụng không xuống.

3.3. Kết quả theo thể lâm sàng

Bảng 3. Kết quả theo thể lâm sàng

THKXB	Số tinh hoàn	Xuống bìu hoàn toàn	Xuống một phần	Không xuống
Sờ thấy	88	25 (28,4 %)	24 (27,3 %)	39 (44,3 %)
Không sờ thấy	16	0	9 (56,3 %)	7 (43,7 %)

Tỉ lệ tinh hoàn không xuống bìu sờ thấy điều trị nội xuống 28,4 %, không sờ thấy không thấy xuống hoàn toàn.

3.4. Kết quả khi điều trị ngoại

Bảng 4. Kết quả điều trị ngoại

Vị trí	Số tinh hoàn	Xuống và cố định vào bìu	Xuống một phần	Không tìm thấy
Lỗ bẹn ngoài	10	7 (100 %)	0	0
Ổng bẹn	47	47 (100 %)	0	0
Lỗ bẹn trong đến ổ bụng	13	9	2	2
Mổ kèm thoát vị bẹn	7	7	0	0

Với 53 THKXB sau điều trị nội và 13 THKXB chưa điều trị nội, thì chúng tôi thấy tỉ lệ hạ tinh hoàn ở vị trí lỗ bẹn nông và ống bẹn là 100 %, tinh hoàn ở ổ bụng và lỗ bẹn sâu mổ hạ được 9/11, và 2 tinh hoàn không tìm thấy.

Biến chứng ngoại khoa hiện chưa gặp ngoài 2 trường hợp hạ được xuống một phần.

IV/ BÀN LUẬN

Vì sao chúng ta phải quan tâm đến THKXB trong khi những đứa trẻ mắc cả 2 bên vẫn dậy thì và lớn được bình thường. Những công trình nghiên cứu đã đưa ra bằng chứng thuyết phục khi tinh hoàn từ lỗ bẹn nông đến ổ bụng thì không thể tạo được tinh trùng. Nếu tinh hoàn được hạ xuống bìu có nhiệt độ thấp hơn cơ thể 2 độ C thì số lượng tinh nguyên bào được cải thiện rõ rệt. Vì vậy để đảm bảo chức năng và tránh biến chứng chúng ta cần phải hạ tinh hoàn xuống bìu. THKXB một bên thường chiếm từ 75 – 80 %, Nguyễn Thị Ân (2000) thấy THKXB hai bên 25,6 %, của chúng tôi 26 % . Như vậy cũng phù hợp với các tác giả. Riêng vị trí tinh hoàn nằm ở lỗ bẹn ngoài Nguyễn Thị Ân có 2,7 %, ổ bụng 31,3 %, lỗ bẹn trong 19,6 % trong khi đó chúng tôi thấy tỉ lệ này là 33,6 % , 5,4 % và 7,6 % . Như vậy ở lỗ bẹn nông chúng tôi cao hơn, lỗ bẹn sâu và ổ bụng chúng tôi thấp hơn rất nhiều. Sở dĩ như vậy có thể do chúng tôi khám và tư vấn tầm quan trọng của việc theo dõi và điều trị sau khi sinh nên những trường hợp mà tinh hoàn ở lỗ bẹn ngoài gia đình vẫn đưa trẻ tới khám làm cho tỉ lệ này cao. Của Nguyễn Thị Ân và các tác giả trong nước khi gia đình không thấy tinh hoàn thì mới đưa trẻ tới khám, còn tinh hoàn ở lỗ bẹn nông họ sờ thấy và nghĩ sẽ xuống nên không đưa tới khám [6,7,1].

Mục đích điều trị là đưa tinh hoàn xuống bìu để bảo vệ chức năng và tránh biến chứng sau này. Từ nhiều năm nay có 2 phương pháp điều trị đó là Hormon (HCG, GnRH) và phẫu thuật hạ tinh hoàn. Không có nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên nào giữa 2 biện pháp này. Chính vì vậy ở Mỹ ưu tiên mổ hạ tinh hoàn nhiều hơn, Châu Âu ưu tiên Hormon trước, nếu không thành sẽ mổ hạ tinh hoàn. Nhiều tác giả thông báo tỉ lệ thành công của điều trị nội khoa rất khác nhau từ 14 – 65 %, nó phụ thuộc vào vị trí của tinh hoàn, điều trị 1 thuốc hay phối hợp 2 thuốc, nhưng gộp lại thì tỉ lệ xuống bìu của tinh hoàn khoảng 20 – 25 %[6,1,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy xuống hoàn

toàn 24 % , nhưng trường hợp ở lỗ bẹn ngoài xuống bìu 62,5 %, ống bẹn 8,9 %, lỗ bẹn sâu và ổ bụng chưa thấy trường hợp nào mà chủ yếu xuống một phần (60 %). Số liệu của chúng tôi cũng phù hợp với Nguyễn Thị Ân (2000) có 4 ở lỗ bẹn ngoài thì xuống 3, ống bẹn xuống 8,4 %, lỗ bẹn trong và ổ bụng xuống một phần 79,2 %. Có thể đây chính là vấn đề thuận lợi cho phẫu thuật nếu điều trị nội không thành [6]. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây thấy rằng ngay sau điều trị Hormon tế bào gốc sinh tinh có tăng so với không điều trị nhưng khi theo dõi tới tuổi trưởng thành thì có tới 50 % tinh hoàn có thể tích nhỏ hơn. Liệu có khả năng HCG làm tổn thương tế bào sinh tinh sau này hay không? Một số nghiên cứu khác lại thấy không có bằng chứng HCG làm tổn thương, vì vậy còn đang cân nhắc lựa chọn mổ ngay hay không [1,9,10].

Mổ thì có làm hồi phục chức năng tinh hoàn hay không? Hiện nay còn thiếu nghiên cứu đối chứng, tuy vậy xu hướng mổ sớm vẫn được nhiều tác giả đồng tình. Tại Mỹ, năm 1986 khuyến cáo mổ khi trẻ 4 – 6 tuổi, nhưng đến năm 1996 thì lại khuyến cáo mổ lúc 1 tuổi vì tinh hoàn không xuống bìu vẫn bình thường lúc 1 – 2 tuổi và bắt đầu thoái hóa nhanh chóng sau tuổi này. Kollin C và cộng sự (2006) theo dõi sau mổ từ 1 – 2 năm thấy rằng những trẻ mổ trước 2 tuổi có thể tích tinh hoàn to hơn rõ rệt so với mổ sau 2 tuổi [2]. Okuyama A và cộng sự (1989) thấy rằng mổ sớm còn có tác dụng duy trì tốt chức năng tinh hoàn bên lành so với mổ muộn. Đặc biệt 2008 Châu Âu đưa ra đồng thuận nên mổ trước 1 tuổi (4,11) Vì vậy lựa chọn mổ hạ tinh hoàn của chúng tôi 1 – 2 tuổi là phù hợp với khuyến cáo của các tác giả trên thế giới. Kết quả phẫu thuật của chúng tôi (bảng 4) thấy lỗ bẹn và ống bẹn mổ đưa xuống bìu được hoàn toàn, nhưng ổ bụng và lỗ bẹn trong có 13 tinh hoàn thì đưa xuống bìu được 9, 2 tinh hoàn cố định vào ống bẹn chờ mổ thì 2 và không tìm thấy 2 tinh hoàn. Theo nghiên cứu của Hoàng Tiến Việt (2007) [7] hạ được tinh hoàn xuống bìu 100% ở trẻ ẩn tinh hoàn được mổ trước 2 tuổi. Nhận định của Joel M Sumfest và cộng sự (2012) THKXB sờ thấy tỉ lệ thành công là 95 – 96 %, ở đây chúng tôi chưa gặp trường hợp nào không thành công. Biến chứng sau mổ : cắt vào mạch máu, teo tinh hoàn, nhiễm trùng, phù nề tinh hoàn...chúng tôi chưa gặp nhưng theo y văn tỉ lệ này từ 1 – 5 % và chúng tôi cần phải theo dõi thêm [1,11].

V/ KẾT LUẬN:

Qua theo dõi và điều trị 104 trường hợp tinh hoàn không xuống bìu từ sơ sinh đến 2 tuổi chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Điều trị HCG xuống bìu hoàn toàn 24 %, xuống 1 phần 31,7 %, không xuống 44,2 %
- Tinh hoàn ở lỗ bẹn ngoài điều trị HCG xuống bìu hoàn toàn 62,5 %, ống bẹn xuống 8,9 %
- Tinh hoàn ở lỗ bẹn nông và ống bẹn mổ hạ thành công 100 %, ổ bụng và lỗ bẹn sâu xuống 9/11 tinh hoàn, xuống một phần 2/11, không tìm thấy 2/13 THKXB không sờ thấy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thái Minh Sâm. Kỹ thuật kéo dài thừng tinh trong điều trị tinh hoàn ẩn thể cao; Luận án tiến sỹ y học. ĐHY Dược thành phố Hồ Chí Minh 2006.
2. Kaleva M, Arsalio A, Lonhimo I, Rapola J, et all. Treatment with Human chorionic gonadotrophin for cryptorchidism: clinical and histological effects. International Journal of andrology, 1996,19(5):293-298.
3. Sekabira. J, Kaggwa.S, Birabwa Male. D. Prevalence and patterns of undescended testis among primary school pupils in Kampala, Uganda. East and central African Journal of Surgery; 2005,P 13-17.
4. Lê Tất Hải. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tinh hoàn không xuống bìu, không sờ thấy. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II Trường ĐHY Hà Nội; 2006.
5. E Martin Rit zen et al. Undescended testes: a consensus on management. The 5th Ferring International paediatric Edocrinology Symposium, Baveno, Italy 2008 .
6. Nguyễn Thị Ân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của HCG trong điều trị THKXB ở trẻ em. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa – Trường ĐHY Hà Nội, 2000.
7. Hoàng Tiến Việt. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II – Trường ĐHY Hà Nội; 2007.
8. Steven G Docimo, Richard I Silver, William Crome. The undescended testical: Diagnosis and management. Published by the American

Academy of family physicians. November 1. 2000; Vol 62, No 9, P 2037-47

9. Hadziselinovic F. Cryptorchidism: Management and implication. Berlin, 1983, Springer 11-13

10. Joel M Sumfest, Edward David Kim. Cryptorchidism treatment & management. [http:// emedicine.medscape.com/article/438378-treatment#a28](http://emedicine.medscape.com/article/438378-treatment#a28), Jan 20,2012

11. Kollin C, Hesser U, Ritzen EM, Karpe B. Testicular growth from birth to 2 years of age, and the effect of orchidopexy at age nine months: a randomized, controlled study; pubMed, 2006 Mar, 95(3):318-24.