

CHỈ ĐỊNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỔ DÙNG MẢNH GHÉP DA DÀY TỰ DO TẠO NIỆU ĐẠO Ở NHỮNG BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ TẠO NIỆU ĐẠO THẤT BẠI

TRẦN NGỌC BÍCH - *Bệnh viện Việt Đức*
NGUYỄN ANH TUẤN, LÊ ANH TUẤN - *Bệnh viện 103*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: từ 1- 2001 đ ến 6-2009, chúng tôi mổ tạo niệu đạo trước và sau bằng vạt da dày tự do. **Mục tiêu:** trình bày chỉ định, kỹ thuật mổ và đánh giá kết quả.

Đối tượng: Bệnh nhân bị thiếu hay hẹp niệu đạo trước - sau.

Phương pháp: Tiến cứu mô tả

Kỹ thuật mổ: dùng mảnh ghép da dày tự do để tạo niệu đạo trước và sau.

Kết quả: từ năm 2001 tới 2009, với kỹ thuật này, 22 bệnh nhân bị hẹp niệu đạo trước được mổ ở Bệnh viện Việt Đức với kết quả tốt 18 bn (81,8%) , trung bình 4 bn (18,2%) và 4 bệnh nhân hẹp niệu đạo sau được mổ ở bệnh viện 103 với kết quả tốt 2, trung bình 1, xấu 1.

Bàn luận : Kỹ thuật dễ thực hiện và có tỷ lệ thành công cao.

Kết luận: Tạo hình niệu đạo bằng mảnh ghép da dày tự do nên là một kỹ thuật được chọn lựa để điều trị hẹp hay khuyết hụt niệu đạo khi không còn bao qui đầu và da tại chỗ.

Từ khoá. Tạo hình niệu đạo

SUMMARY

Objective: to present the indication, technique and evaluation of the results of anteroposterior urethroplasty by full thickness skin graft .

Methods: Prospective study

Subjects: 22 patients diagnosed with anterior urethral defect or strictures and 4 patients diagnosed with posterior urethral strictures were operated on at Viet-Duc Hospital and Hospital 103 from 2001 to 2009.

Operating technique: Use of full thickness skin graft for anteroposterior urethroplasty.

Results : For anterior urethroplasty: good results in 18 patients(81.8%), average 4 in patients (18.2%). For posterior urethroplasty: good results in 2 patients, average in 1 patients and bad in 1 patient.

Discussion: this technique is easily performed and gives a high success rate.

Conclusion: This technique should be selected to treat anteroposterior urethral defect or strictures if there is not enough prepuce or local skin.

Key words: urethroplasty.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho tới nay, thiếu hụt niệu đạo trước và sau ở những bệnh nhân đã mổ tạo niệu đạo nhưng thất bại là một vấn đề khó khăn vì thiếu chất liệu để tạo hình niệu đạo.

Từ 1984, Chúng tôi bắt đầu mổ một thì chữa dị tật

lỗ đài lệch thấp (LĐLT) [1]. Lúc đầu, chúng tôi chỉ dùng các vạt da hoặc vạt niêm mạc có cuống mạch để tạo hình niệu đạo. Về sau, do bệnh nhân (bn) không còn đủ chất liệu tại chỗ để tạo hình niệu đạo, nên chúng tôi buộc phải dùng mảnh ghép tự do như da dày tự do, niêm mạc bàng quang để tạo hình niệu đạo [2,4]. Qua việc thực hiện các kỹ thuật mổ khác nhau với kết quả mổ thu được, chúng tôi nhận thấy các vạt có cuống mạch hoặc tự do đều có những ưu-nhược điểm của nó. Với mục đích đánh giá khả năng sử dụng da dày tự do trong tạo hình niệu đạo trước và sau khi không còn bao qui đầu và da tại chỗ với chất lượng tốt, chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu sau:

Chỉ định và kỹ thuật mổ dùng vạt da dày tự do tạo niệu đạo

Đánh giá kết quả

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả, tiến cứu

2. Đối tượng nghiên cứu.

Là những BN bị thiếu hay mất đoạn niệu đạo trước -sau, được mổ từ tháng 1-2001 tới tháng 6-2009 ở bệnh viện Việt Đức và bệnh viện 103.

3. Các tiến hành nghiên cứu.

3.1. Cách mổ: Bộc lộ đoạn thiếu niệu đạo, đo độ dài đoạn niệu đạo cần tạo rồi phẫu tích lấy một vạt da dày tự do, cắt bỏ hết tổ chức mỡ dưới da, khâu vạt này thành ống rồi nối một đầu với đầu niệu đạo bên dưới (phía bàng quang) còn đầu kia đưa ra đỉnh qui đầu qua đường hầm dưới niêm mạc hay nối với đầu niệu đạo phía trên (phía qui đầu), cố định trực niệu đạo, đặt ống thông qua niệu đạo vào bàng quang.

Vạt da được lấy ở mặt trước trong đùi hay da trùng ở lưng dương vật.

3.2. Điều trị sau mổ:

3.2.1. Kháng sinh: Nhóm Aminoglucosid kết hợp Cefuroxim hay Amoxicilin + acid clavulanique uống.

3.2.2. Rút sonde niệu đạo: Vào ngày thứ 9 ,10 sau mổ với tạo niệu đạo trước và 2-3 tuần với tạo hình niệu đạo sau.

3.3. Đánh giá kết quả:

3.3.1. Cách đánh giá kết quả: Chúng tôi phân loại kết quả theo các mức độ sau :

+Tốt : không phải can thiệp lại

+Trung bình : can thiệp lại, mức độ nhẹ hơn

+Xấu : phải mổ lại từ đầu

3.3.2. Thời gian theo dõi kết quả:

- Kết quả sớm: Đánh giá khi ra viện và trong 6 tháng đầu sau mổ.

- Kết quả qua theo dõi: Từ 7 tháng - 5 năm.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số bệnh nhân và lứa tuổi : 26 bn . Từ 3-5 tuổi: 3 bn (11,5 %), từ 6-11 tuổi : 6 bn (23,1 %), từ 12-16 tuổi: 4 bn (15,4 %), trên 16 tuổi: 13 bn (50%)

Nguyên nhân gây thiếu đoạn niệu đạo (ND) (bảng 1): sau mổ dị tật lỗ đài lệch thấp, do chấn thương và độ dài đoạn niệu đạo thiếu cần tạo

Độ dài ND cần tạo	LĐLT mổ cũ, mất BQĐ	Mất ND do chấn thương	Tổng số BN
ND dương vật	9	1	10(38,4%)
ND bìu	1		1(3,8%)
ND dương vật + bìu	11		11(42,4%)
ND sau		4	4 (15,4%)
Tổng số	21	5	26 (100%)

Bảng 1: có 21 bn bị lỗ đài lệch thấp đã mổ tạo hình niệu đạo nhưng thất bại, niệu đạo tạo hình cũ hẹp phải tạo lại niệu đạo thay thế trong khi không còn bao qui đầu. Một bệnh nhân sau chấn thương dương vật, bao qui đầu mất và da dương vật có sẹo xơ. Bốn bệnh nhân bị hẹp niệu đạo sau đã mổ tạo hình nhưng thất bại và không thể mổ nối niệu đạo tận tận được.

Vì những lý do trên mà ở những bệnh nhân này, chỉ còn cách lấy mảnh ghép tự do từ nơi khác để tạo hình niệu đạo.

- Vị trí lấy da để tạo niệu đạo: ở mặt trên, trong đùi phải 24 bn, ở lưng dương vật 2 bn.

1. Kết quả sớm ngay sau ra viện và qua theo dõi.

1.1. Ở tạo hình niệu đạo trước, bảng 2:

Kết quả Thời gian	Tốt	Trung bình		Tổng số BN
		Hẹp ND	Rò ND	
Ra viện	20 (90,9%)		2(9,1%)	22 (100%)
≤ 6 tháng	18(81,8 %)	3 (13,6%)	1 (4,5%)	22 (100%)
> 7 tháng	18 (81,8%)	3 (13,6%)	1(4,5 %)	22 (100%)

Nhận xét kết quả qua theo dõi

- Rò niệu đạo: 2 BN

- Hẹp niệu đạo: có 2 BN bị hẹp miệng nối niệu đạo và 1 BN bị hẹp ở giữa đoạn ND tạo hình kèm rò ND giữa bìu.

Nguyên nhân gây rò niệu đạo: Nhiễm khuẩn: có 6 BN có mủ rỉ ra ở niệu đạo khi rút ống thông niệu đạo.

1.2. Ở tạo hình niệu đạo sau : tốt 2 bn, trung bình 1 bn, xấu 1 bn. ở bệnh nhân có kết quả xấu có cơ địa sẹo lồi.

2. Điều trị bổ xung.

- Rò ND : đang theo dõi thêm vì rò nhỏ

- Hẹp ND kết hợp rò ND : 1 BN và 2 BN khác hẹp miệng nối ND: nong và đặt Stent niệu đạo qua chỗ hẹp . Lưu stent 3-4 tuần. Khi đặt Stent ND thì hết rò.

- Hẹp lỗ đài ở đỉnh qui đầu, nong dễ, có kết quả tốt: 2 BN

- Với bệnh nhân hẹp niệu đạo sau: dự kiến mổ lại.

BÀN LUẬN

Mảnh ghép da dày tự do được Burian (1935) [1]

dùng để tạo hình niệu đạo lần đầu tiên và được nhiều phẫu thuật viên áp dụng [6 7, 8, 9,10]. Chúng tôi bắt đầu dùng mảnh ghép da tự do từ 1985 [1, 2] . Qua 25 năm mổ với chất liệu này, Chúng tôi thấy được ưu nhược điểm của kỹ thuật, chúng tôi xin bàn luận về một số vấn đề sau :

- Chỉ định và kỹ thuật mổ dùng mảnh ghép da dày tự do tạo niệu đạo.

- Đánh giá kết quả sớm và xa của kỹ thuật này

1. Về chỉ định và kỹ thuật mổ dựng da dày tự do.

1.1. Ưu điểm : Kỹ thuật lấy mảnh ghép da dày tự do thực hiện dễ dàng, có thể lấy được chiều dài mảnh ghép theo nhu cầu. Mảnh ghép này khi được khâu tạo ống niệu đạo mới không gây xoay trục dương vật. Chọn được vùng da không có lông.

1.2. Nhược điểm: Mảnh ghép tự do sẽ bị hoại tử nếu không có nền nhận có cấp máu tốt, có máu tụ và nhiễm trùng .

Mảnh ghép da dày tự do không có chất lượng tốt bằng mảnh ghép niêm mạc bao qui đầu tự do là niêm mạc, trơn nhẵn, không mọc lông, có độ chun giãn nên thích hợp hơn cho tạo niệu đạo.

Để tránh nhược điểm này, khi mổ, chúng tôi đảm bảo không có máu tụ, hạn chế dùng đốt điện cầm máu và khâu da thành 2 lớp . Nếu tổ chức dưới da dương vật thiếu thì chúng tôi chuyển một vật tổ chức dưới da bìu lên để che phủ niệu đạo mới. Sau mổ, chúng tôi đo băng ép nhẹ dương vật, và thay băng lần đầu ngày thứ 5 sau mổ để đảm bảo sự hàn gắn và tái lập tuần hoàn mới cho vật ghép tự do tạo ống niệu đạo. Chính vì vậy, tất cả các vật ghép đều sống .

2. Đánh giá kết quả mổ.

2.1. Về kết quả sớm và xa của niệu đạo tạo hình.

Chúng tôi đã theo dõi, đánh giá kết quả mổ ngay khi ra viện và kết quả lâu dài. Chúng tôi có những nhận xét sau: các biến chứng sau mổ thường do nhiễm khuẩn, do kỹ thuật khâu, có thể do chất liệu loại chỉ khâu, do có xơ xuất trong điều trị sau mổ và do cả điều trị bảo dưỡng kết quả sau mổ. Các bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là trẻ em, vì đây là lứa tuổi mà cơ thể đang phát triển, bộ phận sinh dục ngoài còn phát triển . Khi dương vật phát triển dài và to ra, ống niệu đạo cũng phải phát triển theo. Nếu vật ghép tự do tạo niệu đạo chỉ sống mà không phát triển hoặc kém sự phát triển của dương vật thì sẽ gây hẹp niệu đạo và cong dương vật. Nếu vật ghép phát triển bình thường thì ống niệu đạo tạo hình cũng phát triển phù hợp với dương vật. Kết quả xa [4] cho thấy mảnh ghép da tự do đó sống và phát triển bình thường như vật có cuống mạch nuôi hay mảnh ghép bao qui đầu tự do [1, 3].

Với hẹp dài hay mất đoạn niệu đạo sau, khi không thể nối niệu đạo tận tận thì đã có một số tác giả dùng ruột thừa có cuống mạch, đại tràng Sigma tạo hình nhỏ còn giữ cuống mạch, da ở bìu-tàng sinh môn có cuống mạch hay vật niêm mạc bao qui đầu có cuống

mạch. Tuy nhiên mỗi loại phương pháp đều có nhược điểm của nó và khi mất bao qui đầu thì chất liệu tự do như da là một sự lựa chọn để tạo niệu đạo.

Theo chúng tôi, chỉ nên dùng da dày tự do để tạo niệu đạo trước và sau khi không còn bao qui đầu và không còn đủ da tại chỗ có chất lượng tốt để tạo niệu đạo. Như vậy mảnh ghép da dày tự do là một sự chọn lựa để tạo hình niệu đạo khi niệu đạo bị thiếu hụt, bị hẹp do các nguyên nhân khác nhau. Nhiều tác giả đã dùng mảnh ghép da dày tự do để tạo niệu đạo trong mổ tạo niệu đạo ở dị tật LĐT và biến chứng sau mổ LĐT [7,8,9, 10]

KẾT LUẬN

Trong hơn 8 năm, chúng tôi đã dùng vạt da dày tự do để tạo hình niệu đạo lại ở 21 bệnh nhân đã mổ chữa dị tật lỗ đái lệch thấp, 1 bệnh nhân bị chấn thương mất niệu đạo trước, 4 bệnh nhân hẹp niệu đạo sau. Kết quả mổ là khả quan. Chúng tôi thấy đây là kỹ thuật dễ thực hiện, cho tỷ lệ thành công cao về kết quả sớm cũng như lâu dài và nên được áp dụng khi không còn bao qui đầu và da tại chỗ tạo niệu đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Bích (1988): Điều trị dị tật lỗ đái lệch thấp bằng phẫu thuật một thì. Luận án phó tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội
2. Trần Ngọc Bích, Nguyễn Xuân Thụ (1995): Đánh giá kết quả của các kỹ thuật mổ chữa dị tật lỗ đái lệch

thấp. Y học thực hành, số 6: 14-15.

3. Trần ngọc Bích, Đỗ thị ngọc Linh (2003). Đánh giá kết quả tạo niệu đạo dương vật bằng vạt niêm mạc bao qui đầu tự do. Y học thực hành, 465: 88-92.

4. Trần Ngọc Bích (1996): Đánh giá kết quả dụng vạt da dày tự do trong mổ chữa dị tật lỗ đái lệch thấp và hẹp niệu đạo (nhận xét trên 38 trường hợp). Ngoại khoa, 6: 20 – 24

5. Trần Ngọc Bích (2008): Tạo hình thay thế niệu đạo sau bằng vạt niêm mạc bao qui đầu hình đảo (Một kỹ thuật mới). Y học T.P.Hồ Chí Minh (Số đặc biệt chuyên đề) Phụ bản của tập 12 * số 4* tr 458-463

6. Coleman J.W. (1981): : The bladder mucosal graft technique for hypospadias repair. J. Urol., 125:708 - 711

7- Devine P.C., Horton C.E (1963): Use of full thickness skin graft in repair of urethral strictures. J. Urol., 90: 67- 71

8- Devine P.C., Sakali, I.A., Poutasse. E.E et al. (1968): One-stage urethroplasty repair of urethral strictures with a free full thickness patch of skin. J. Urol., 99: 191-195

9-Desy. W.A. and Oosterlinck. W.(1981): One-stage hypospadias repair by free full thickness skin graft and Island flap techniques. Urol. Clin. North Am., 8: 491-495

10-Desy. W.A. and Oosterlinck. W. and Verbaey. S. (1981):. European experience with one-stage urethroplasty with free full thikness skin graft. J. Urol., 125: 502 - 506.