

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG LẤY DỊ VẬT BỂ THẬN QUA ĐƯỜNG HẸM DẪN LƯU THẬN

Hoàng Long^{1,2} và Lê Tuấn Anh^{1,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Dị vật bể thận mặc dù hiếm gặp nhưng đã được ghi nhận ở nhiều báo cáo. Các tác giả đều cho thấy phần lớn các dị vật này có nguồn gốc từ các vật liệu sử dụng trong phẫu thuật ngoại khoa và cần được lấy bỏ bằng các phương pháp khác nhau. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp dị vật bể thận đều là vật liệu sử dụng trong phẫu thuật tiết niệu và đã được tiến hành phẫu thuật lấy bỏ thông qua đường hầm vào bể thận tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Qua đó, chúng tôi nhận thấy sự cần thiết kiểm soát chặt chẽ của các vật liệu, phương tiện được sử dụng cả trong và sau phẫu thuật khi đưa vào cơ thể bệnh nhân để tránh các tai biến có thể xảy ra.

Từ khóa: Dị vật hệ tiết niệu, dị vật bể thận, đường hầm vào bể thận, đường hầm dẫn lưu thận, tán sỏi qua da.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các dị vật của hệ tiết niệu được tìm thấy chủ yếu ở bàng quang nhưng ít khi được tìm thấy ở bể thận. Do vị trí giải phẫu của thận được bảo vệ bởi các xương sườn dưới, thành bụng và các cơ vùng thắt lưng nên hiếm khi chúng ta tìm được các dị vật tồn tại ở bể thận. Dị vật ở bể thận có thể xuất hiện qua nhiều con đường khác nhau.¹ Nguyên nhân có thể do sự di chuyển của dị vật từ tá tràng vào bể thận, các mảnh kim loại do hỏa khí từ ngoài vào cơ thể nhưng thông thường là do tồn tại các vật liệu bị bỏ quên thông qua các thủ thuật hay phẫu thuật. Một con đường hiếm thấy cũng được báo cáo là sự di chuyển ngược dòng của dị vật từ niệu quản.^{1,2} Gần đây, các kỹ thuật nội soi và mổ nội soi xâm lấn tối thiểu ngày càng phổ biến, do đó, các vật liệu như dây dẫn đường, ống thông niệu quản JJ, sỏi laser, kẹp Hemolock đang được nhiều bác sỹ phẫu thuật sử dụng. Chính

vi vậy, tỷ lệ các dị vật do mẫu vật liệu sử dụng trong phẫu thuật tiết niệu sót lại trong cơ thể cũng gia tăng.¹²

Các dị vật này có thể xuất hiện giống như một khối u, hay gây ra các ổ áp xe, tụ máu, thậm chí là sỏi thận. Chúng ta có thể nghi ngờ có dị vật trong bể thận khi bệnh nhân có sỏi thận không điển hình.¹ Bệnh nhân có thể có biểu hiện của một nhiễm trùng tái phát, cơn đau quặn thận, hay các triệu chứng của một ổ áp xe hoặc khối u thận.^{3,4} Chẩn đoán các trường hợp này có thể dùng X-quang để phát hiện các miếng gạc hoặc bông có các điểm đánh dấu cản quang nhưng thông thường phải chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán xác định.⁵

Chính vì các triệu chứng của dị vật trong bể thận là không điển hình và dễ nhầm lẫn với các triệu chứng ở các bệnh cảnh khác nên đôi khi gặp khó khăn trong việc chẩn đoán được dị vật trước phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo nhân 2 trường hợp được chẩn đoán dị vật bể thận và tiến hành phẫu thuật lấy dị vật qua đường hầm vào bể thận tại Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tác giả liên hệ: Lê Tuấn Anh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: letuananh.tny@gmail.com

Ngày nhận: 27/09/2022

Ngày được chấp nhận: 25/10/2022

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Trường hợp 1: Bệnh nhân Nguyễn T. T. H., nữ, 51 tuổi (Mã hồ sơ: 2112033072).

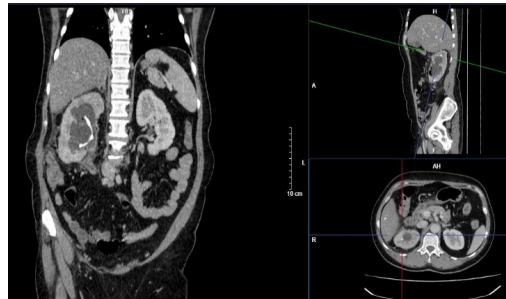
Bệnh nhân được nhập viện Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ngày 19/12/2021. Tiền sử đái tháo đường 3 năm đang điều trị Insulin tiêm. Mổ mở lấy sỏi thận phải năm 2019, mổ tán sỏi nội soi niệu quản trái năm 2020 tại bệnh viện tư nhân. Bệnh nhân vào viện vì đau tức thắt lưng phải kèm sốt không rõ nhiệt độ khoảng 3 ngày trước vào viện. Qua thăm khám, phát hiện bệnh nhân đau tức thắt lưng phải, sẹo mổ cũ đường sườn lưng phải 15cm. Hở thận không đầy, không có dấu hiệu

vỡ hông lưng, không có điểm đau niệu quản, nước tiểu trong.

Xét nghiệm máu cho thấy có biểu hiện của nhiễm trùng với CRP 10,25 mg/dL, WBC 16,27 G/L, BC niệu 125/ μ L, nuôi cấy vi khuẩn nước tiểu âm tính. Siêu âm hình ảnh cấu trúc tăng âm dạng dải trong đài bể thận và nhu mô thận phải kèm sỏi thận phải 8mm. X-quang hệ tiết niệu có hình ảnh dạng dải cản quang trong bể thận kèm nốt cản quang (Hình 1). Cắt lớp vi tính cho kết quả hình ảnh viêm thận bể thận phải kèm dị vật tăng tỷ trọng dạng ống đầu trên nằm trong nhu mô, đầu dưới cuộn trong bể thận (Hình 2).



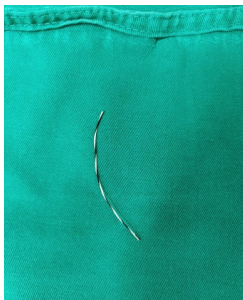
Hình 1. Dị vật bể thận cản quang trên X-quang (mũi tên)



Hình 2. Dị vật bể thận cản quang trên phim chụp CT scanner (mũi tên)

Bệnh nhân được chẩn đoán dị vật bể thận phải/sỏi thận phải và được tiến hành tán sỏi thận phải qua da, lấy dị vật qua đường hầm thận phải. Trong mổ nhận thấy dị vật là đầu mềm sợi dẫn đường vắn dài khoảng 5cm có bám sỏi xung quanh (Hình 3). Sau mổ 1 ngày,

bệnh nhân được kiểm tra bằng X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị không thấy hình ảnh dị vật cản quang trên hệ tiết niệu và hình ảnh ống thông JJ được đặt lại sau mổ (Hình 4), bệnh nhân được rút dẫn lưu và ra viện cùng ngày, không có biến chứng kèm theo.



Hình 3. Dị vật được lấy ra sau phẫu thuật



Hình 4. X-quang sau mổ

Trường hợp 2: Bệnh nhân Nguyễn X. H., nam, 44 tuổi (Mã hồ sơ: 2112220223).

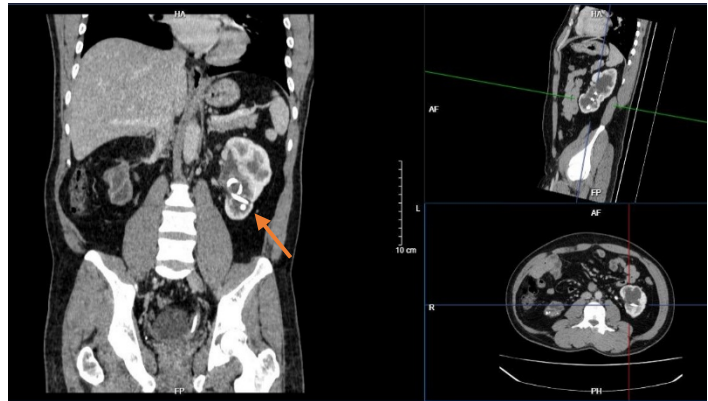
Bệnh nhân được nhập viện Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ngày 30/12/2021. Tiền sử tán sỏi niệu quản trái năm 2019, đặt JJ niệu quản loại 3 tháng. Bệnh nhân quên không rút ống thông JJ niệu quản và được phẫu thuật tán sỏi bám JJ, thay JJ loại 12 tháng niệu quản trái cách 1 năm. Đợt này bệnh nhân đến khám vì đau tức thắt lưng trái và phát hiện sỏi thận trái. Khám bệnh thấy có tình trạng đau tức thắt lưng trái, tiểu trong, không có dấu hiệu vỡ hồng lủng, không có điểm đau niệu quản.

Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy

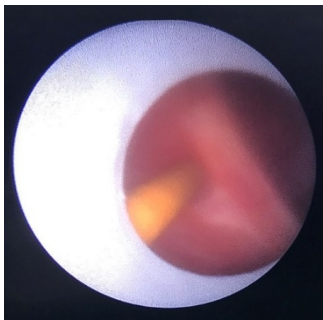
ure 5,6 mmol/L, creatinin 112 μ mol/L, bạch cầu 7,84 G/L, cấy nước tiểu âm tính. X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị có hình ảnh cản quang vị trí bóng thận 2 bên, ống thông JJ niệu quản trái và dải cản quang trong bể thận (Hình 5). Siêu âm sỏi thận phải 8mm nhóm đài dưới, sỏi thận trái 13mm, giãn và teo nhu mô thận trái, ống thông JJ bể thận niệu quản trái. Qua tiền sử phẫu thuật và hình ảnh X-quang, chúng tôi đặt ra chẩn đoán theo dõi dị vật bể thận là đoạn ống thông JJ cũ, để làm rõ chẩn đoán này chúng tôi đề xuất cho bệnh nhân chụp phim cắt lớp vi tính. Kết quả cắt lớp vi tính cho thấy thận trái có sỏi bể thận, đầu ống thông JJ và dị vật cản quang trong bể thận dài 27mm (Hình 6).



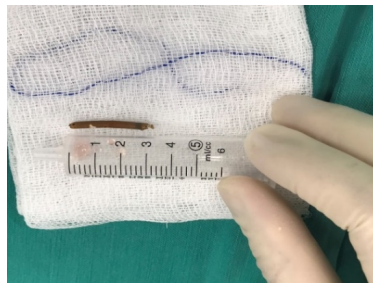
Hình 5. Dị vật cản quang trên X-quang nằm dưới đầu ống thông JJ (mũi tên)



Hình 6. Dị vật trên phim chụp CT scanner (mũi tên)



Hình 7. Dị vật là đầu ống thông JJ cũ qua nội soi bể thận



Hình 8. Dị vật lấy ra sau phẫu thuật



Hình 9. Dị vật lấy ra sau phẫu thuật

Chúng tôi quyết định tiến hành phẫu thuật tán sỏi thận trái qua da, lấy dị vật qua đường hầm dẫn lưu thận trái. Trong mổ, chúng tôi đưa máy soi qua đường hầm thận trái thấy thận trái có sỏi dài dưới kích thước khoảng 1cm và dị vật là đoạn ống thông JJ có nhiều cặn sỏi bám xung quanh (Hình 7). Qua đường hầm chúng tôi dùng pince gấp dị vật dài 3cm (Hình 8) ra bên ngoài. Bệnh nhân được chụp X-quang hệ tiết niệu sau mổ 1 ngày không thấy còn dị vật cản quang và hình ảnh ống thông JJ được đặt lại sau mổ (Hình 9). Bệnh nhân ra viện cùng ngày và không có biến chứng.

III. BÀN LUẬN

Mặc dù dị vật trong thận và bể thận hiếm khi được báo cáo, tuy nhiên trên lâm sàng chúng ta có thể gặp các bệnh nhân có dị vật bể thận thông qua các đường vào từ bên ngoài do hòa khí, qua đường bàng quang-niệu quản và có thể từ ống tiêu hóa.^{1,2,6} Các dị vật đã được báo cáo cũng rất đa dạng như xương cá, tấm xia răng, kim, kẹp tóc hay các vật liệu trong phẫu thuật.^{1,2,7}

Các vật liệu còn sót lại sau phẫu thuật trong bể thận là một trong các nguyên nhân phổ biến đã được công bố gây nên dị vật bể thận. Mặc dù vậy, các dị vật này cũng hiếm khi được thấy trong các báo cáo y văn.^{1,8} Các triệu chứng lâm sàng của tồn tại dị vật bể thận không đặc hiệu và khác nhau ở mỗi cá thể. Một số chỉ là cảm giác khó chịu vùng thắt lưng hoặc nặng hơn là cơn đau quặn vùng mạn sườn, một số khác biểu hiện bằng các biến chứng của chúng như đái máu, ổ áp xe, nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi thận hay thậm chí là một khối u thận.^{3,4,8} Các trường hợp báo cáo ca lâm sàng về dị vật bể thận còn cho thấy kỳ vọng có dị vật bể thận là rất thấp vì hình ảnh chụp trước phẫu thuật không cho thấy ảnh của một dị vật đặc hiệu. Do đó, việc chẩn đoán trước mổ có thể nhìn thấy ở các phim X-quang đơn giản trong trường

hợp điển hình hoặc đôi khi cần sự hỗ trợ của các công cụ chẩn đoán hình ảnh khác như MRI hoặc CT.¹ Điều quan trọng là cần phải loại bỏ các dị vật này ra khỏi thận dù đã có hay chưa có triệu chứng bởi chúng có thể trở thành các đám sỏi, ổ nhiễm khuẩn khó điều trị.^{7,9-11} Việc chẩn đoán chính xác và xác định rõ ràng vị trí giải phẫu của dị vật có thể định hướng cho các bác sỹ tiết niệu đưa ra quyết định điều trị đúng đắn giúp giảm các tác hại cho bệnh nhân.⁸

Xử trí dị vật bể thận có thể gặp khó khăn phụ thuộc vào kích thước, hình dạng, sự di chuyển và vị trí của dị vật.^{11,12} Khai thác tiền sử bệnh lý lưỡng và chẩn đoán hình ảnh là các yếu tố quan trọng giúp đánh giá trước phẫu thuật.¹¹ Từ đó, các tác giả đã công bố các phương pháp phẫu thuật để lấy dị vật như Manassero và cộng sự đã mổ mở đường ngoài phúc mạc tiếp cận thận và dị vật, Singh và cộng sự lại nội soi thăm dò trong phúc mạc và lấy dị vật từ nhu mô thận trái, hay Tudós đã nội soi bằng ống soi niệu quản cứng 8.5F lấy dị vật là tấm trong bể thận bằng rọ.^{2,13,14}

Mặc dù dị vật bể thận là hiếm gặp và ít được báo cáo, nhưng trong giai đoạn 2021 - 2022, Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tiếp nhận 2 trường hợp có dị vật bể thận và chẩn đoán được trước phẫu thuật. Trong hai trường hợp, bệnh nhân của chúng tôi đều có tiền sử rõ ràng liên quan tới các phẫu thuật tiết niệu trước đó kết hợp với trên chẩn đoán hình ảnh cho các dấu hiệu cản quang định hướng tới còn mẫu vật liệu phẫu thuật. Chụp cắt lớp vi tính cả 2 trường hợp đều thấy bể thận giãn, vật liệu cản quang nằm trong bể thận và đều có sỏi kèm theo, do đó chúng tôi lựa chọn phương pháp tán sỏi thận qua da kết hợp lấy dị vật qua chính đường hầm tán sỏi. Kết quả cho thấy, cả 2 trường hợp đều dễ dàng lấy được dị vật qua đường hầm vào thận qua da đồng thời tán được sỏi thận cho bệnh nhân bằng laser,

X-quang sau mổ được kiểm tra cho thấy không còn dị vật và sỏi cản quang trên phim chụp. Dị vật sau mổ được chúng tôi nhận định rõ ràng ở trường hợp 1 là đầu mềm của guidewire vẫn được dùng để dẫn đường trong phẫu thuật tiết niệu và trường hợp 2 là một đoạn ống thông JJ cũng được dùng cho bệnh nhân sau mổ phẫu thuật tiết niệu. Cả 2 trường hợp đều đã giải thích kỹ cho bệnh nhân sau phẫu thuật về dị vật bề thận. Theo 1 báo cáo của tác giả Alkan E. và cộng sự (2014) trên 8 bệnh nhân dị vật tiết niệu, thì có 3 bệnh nhân có dị vật bề thận. Cả 3 bệnh nhân có tiền sử tán sỏi thận qua da, được phát hiện có dị vật là mẫu sợi dẫn đường, sợi laser bị đứt dùng trong phẫu thuật trước đó và ít được chú ý tầm soát trong mổ. Phương pháp điều trị được tác giả đưa ra là nội soi ống mềm tán sỏi bám xung quanh và lấy dị vật bằng kẹp nội soi.¹² Như vậy, dị vật theo báo cáo của tác giả này cũng là các vật liệu dùng trong phẫu thuật bị bỏ sót, có sỏi kèm theo và được tán sỏi kèm lấy dị vật qua phẫu thuật. Khai thác lại 2 trường hợp bệnh nhân được báo cáo của chúng tôi thì có 1 trường hợp do bệnh nhân quên không lấy ống thông JJ đúng hạn theo hẹn của phẫu thuật viên và 1 trường hợp do không được kiểm soát vật liệu tốt trong mổ dẫn tới bỏ sót trong cơ thể bệnh nhân. Phương pháp điều trị của chúng tôi lựa chọn là tán sỏi thận qua đường hầm nhỏ kết hợp lấy dị vật do yêu cầu xử lý sỏi kèm theo và cho kết quả sạch sỏi sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Các dị vật bề thận, đặc biệt là do các vật liệu phẫu thuật còn sót lại, là một vấn đề quan trọng đối với các bác sĩ tiết niệu không chỉ đối với sức khỏe của bệnh nhân mà còn liên quan đối với vấn đề pháp lý. Lời khuyên chúng tôi đặt ra trong phẫu thuật tiết niệu cần chú ý các vật liệu đưa vào cơ thể bệnh nhân và kiểm soát chúng trong và sau phẫu thuật để giảm tỷ lệ biến chứng không mong muốn. Việc phòng ngừa

các sự cố này quan trọng hơn rất nhiều so với việc xử lý các hậu quả của bỏ sót vật liệu phẫu thuật bề thận. Cần siết chặt sự kiểm soát có hệ thống việc đưa vào các vật liệu trong phẫu thuật và lấy chúng ra bởi ê kíp phẫu thuật. Khi lấy các vật liệu này, phẫu thuật viên cũng cần kiểm soát đầy đủ chi tiết, bộ phận để tránh bỏ sót một phần vật liệu trong cơ thể người bệnh. Có nhiều phương pháp để lấy dị vật, việc lựa chọn phương pháp phù hợp phụ thuộc nhiều vào vị trí giải phẫu của dị vật và sự tồn tại của sỏi tiết niệu kèm theo, như trong báo cáo của chúng tôi, việc thực hiện phẫu thuật qua da thể hiện sự tối ưu để lấy dị vật kèm sỏi và ít xâm lấn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jamil S, Jalbani IK, Wajahat A, et al. Foreign body in kidney presenting as renal stone. *Cureus*. 2020; 12(12): e11923.
2. Tüdös Z, Čtvrtilík F, Kratochvíl P, et al. Wooden foreign body in the renal pelvis. *Urology*. 2016; 94:e7-8. doi: 10.1016.
3. Luo J, Mao Y, Cai S. Post-nephrectomy foreign-body granuloma in the retroperitoneum mimicking lymph node metastasis of renal cell cancer. *Oncotargets Ther*. 2014; 7: 2137-41.
4. Ben Meir D, Lask D, Koren R. Intrarenal foreign body presenting as a solid tumor. *Urology*. 2003; 61(5): 1035.
5. Arshad A, Zehra N, Malik H. Retained gauze piece resulting in right renal complex cyst diagnosed after 4 years of pyelolithotomy. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2015;27(1):243-4.
6. Jr Osmond JD. Foreign bodies in the kidney: A review of the literature and reports of four additional cases. *Radiology*. 1953; 60(3): 375-82.
7. Cima RR, Kollengode A, Garnatz J. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical

patients. *J Am Coll Surg.* 2008 207(1): 80-7.

8. Bo-Han Chen, Tsung-Hsin Chang, Marcelo Chen. Retrieval of intrarenal coiled and ruptured guidewire by retrograde intrarenal surgery: A case report and literature review. *Open Med (Wars).* 2021;16(1):1728-1732.

9. Ahn J, Trost DW, Topham SL. Retained nephrostomy thread providing a nidus for atypical renal calcification. *Br J Radiol.* 1997; 70():309-10.

10. Marx R, Venable D. Foreign body migration to the genitourinary tract. *J Urol.* 11987; 37(4): 751-2.

11. Eisenberg ML, Lee KL, Stoller ML. Endoscopic management of retained renal

foreign bodies. *Urology.* 2009; 73(6): 1189-94.

12. Alkan E, Basar MM. Endourological treatment of foreign bodies in the urinary system. *JSL.S.* 2014; 18(3).

13. Manassero F, Ortori S, Gabellieri C. An unusual case of intrarenal coiled and ruptured guidewire. 2015; 87(1): 90-2.

14. Singh DV, Swami YK, Rana YP. Foreign body in the kidney: an unusual case and its management. *Cent European J Urol.* 2014; 66(4): 497-500.

15. Hennessey DB, Thomas AZ , Lynch TH (2012). Retained upper genitourinary gossypiboma can mimic renal neoplasms: A review of the literature. *Internet J Urol.* 2012; 9(2).

Summary

FOREIGN BODY IN RENAL PELVIS COLLECTION THROUGH THE NEPHROSTOMY TUBE: TWO CASES REPORT

Although rare, foreign body of the renal pelvis has been reported in many different reports. The literature showed that most of these foreign bodies were derived from materials used in surgery and were removed by different methods. We report 2 cases of foreign bodies in the renal pelvis, both of which are materials used in urological surgery and were surgically removed by tunneling into the renal pelvis at Hanoi Medical University Hospital. There is a need for strict control of materials used both during and after surgery that are put into the patient's body to avoid possible complications.

Keywords: Urinary tract foreign body, renal pelvis foreign body, nephrostomy tube, renal drainage tunnel, percutaneous nephrolithotomy, PCNL.