

# PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ Ứ NƯỚC THẬN Ở BỆNH NHÂN THẬN XOAY BẤT THƯỜNG CÓ KÈM THEO BẤT THƯỜNG MẠCH MÁU RỒN THẬN, BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Huy Hoàng<sup>1,2,✉</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Hẹp niệu quản trên thận xoay bất thường là một bệnh lý hiếm gặp nhưng rất khó để giải quyết triệt để nguyên nhân gây bệnh. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp hẹp niệu quản trên thận xoay bất thường kèm theo có bất thường mạch máu vùng rốn thận được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc chuyển vị và tạo hình niệu quản. Kết quả trong và sau mổ tiến triển tốt, bệnh nhân được rút JJ sau 1 tháng. Khám lại ở thời điểm 1 và 2 năm cho thấy thận giảm độ giãn lưu thông nước tiểu tốt.

**Từ khóa:** Hẹp niệu quản, thận xoay bất thường, bất thường mạch máu rốn thận.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận xoay bất thường là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp của hệ tiết niệu thường không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ hoặc khi có biểu hiện của các bệnh lý là hậu quả của quá trình thận xoay bất thường gây ra như nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi tiết niệu, hẹp niệu quản.

Trong quá trình phát triển phôi thai, cả hai thận đều nằm trong khung chậu. Vào tuần thứ sáu đến tuần thứ chín của thai kỳ, thận dần dần di chuyển từ khung chậu đến hố thận. Trong quá trình thận đi lên, cả hai quả thận đều xoay 90 độ về phía trước trong và rốn thận hướng vào trong. Khi thận không xoay hoặc xoay quá mức được gọi là xoay bất thường. Thận xoay bất thường có thể được phân loại như sau.<sup>1</sup>

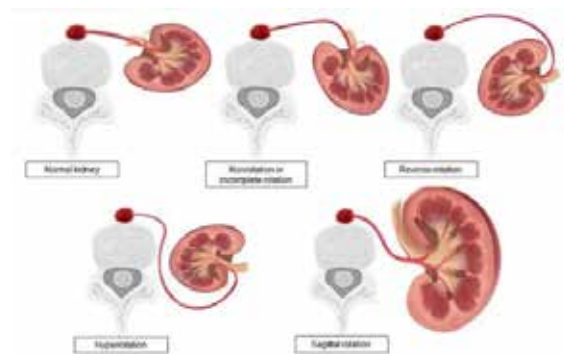
Loại 1: Không xoay, rốn thận nằm ở vị trí bụng hoặc xoay không hoàn toàn, vị trí rốn thận nằm giữa vị trí giữa và bụng.

Loại 2: Xoay ngược, rốn hướng ra ngoài.

Loại 3: Xoay quá mức, cuống rốn nằm ở phía sau.

Loại 4: Xoay theo chiều dọc, xoay quanh rốn trên mặt phẳng theo chiều dọc.

Thận không xoay và xoay không hoàn toàn là những trường hợp thường gặp nhất.<sup>2,3,4</sup>



**Hình 1. Phân loại các dạng thận xoay bất thường<sup>4</sup>**

Thận xoay bất thường dẫn đến hậu quả bất thường về đường đi của niệu quản do tư thế thận gây ra, kèm theo những bất thường về giải phẫu mạch máu cuống thận có thể

Tác giả liên hệ: Nguyễn Huy Hoàng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Hoangnt35@gmail.com

Ngày nhận: 09/04/2025

Ngày được chấp nhận: 24/04/2025

gây chèn ép đường bài xuất. Khi thận xoay bất thường, 20 - 30% có bất thường về mạch máu thận.<sup>3</sup> Với những trường hợp hẹp niệu quản đơn thuần do tư thế thận sẽ rất khó để loại bỏ nguyên nhân gây bệnh bởi tư thế thận không thể thay đổi được, một số tác giả báo cáo phẫu thuật nối niệu quản vào cực dưới thận cho kết quả khả quan, tuy nhiên kỹ thuật này chỉ áp dụng được khi thận giãn to, nhu mô thận mỏng.<sup>5,6</sup> Với những trường hợp hẹp niệu quản trên thận xoay bất thường có kèm theo bất thường mạch máu vùng rốn thận gây chèn ép thì phẫu thuật nội soi chuyển vị và tạo hình niệu quản thường mang lại kết quả tốt. Chúng tôi báo cáo phẫu thuật nội soi sau phúc mạc chuyển vị, tạo hình bể thận niệu quản/thận xoay bất thường nhân hai trường hợp hiếm gặp tại Bệnh viện Việt Đức.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Cả hai bệnh nhân (BN) đều có tiền sử khỏe mạnh, nhập viện với biểu hiện đau âm ỉ vùng sườn thất lưng bên bệnh, tái phát nhiều đợt. Khám lâm sàng cả hai bệnh nhân không phát hiện gì đặc biệt. Bệnh nhân được siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hệ tiết niệu phát hiện ứ nước thận do hẹp niệu quản vị trí khúc nối theo dõi có mạch máu vùng rốn thận chèn ép trên thận xoay bất thường. Xét nghiệm máu, nước tiểu trong giới hạn bình thường. Cả 2 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, trong mổ quan sát thấy thận xoay bất thường, bể thận xoay ra trước, niệu quản bị chèn ép bởi mạch máu bất thường vùng rốn thận, 2 BN đều được chuyển vị niệu quản, tạo miếng nối bể thận-niêu quản tại vị trí thuận lợi không bị chèn

ép bởi mạch máu, bảo tồn mạch máu rốn thận. Diễn biến trong và sau mổ thuận lợi, ra viện sau 3 ngày điều trị. Khám lại sau 1 tháng rút sonde JJ và khám lại tại thời điểm 1 và 2 năm, cả 2 BN cho kết quả tốt, không còn đau mỗi vùng hố thất lưng, chụp CLVT kiểm tra thận giảm độ giãn (bệnh nhân 1 giãn nhẹ độ 1, bệnh nhân 2 đài bể thận không giãn), lưu thông nước tiểu qua miệng nối tốt.

### **Báo cáo ca bệnh 1**

Bệnh nhân nam 17 tuổi, chụp cắt lớp vi tính phát hiện thận trái xoay không hoàn toàn (loại 1), đài bể thận giãn độ 3, nhu mô thận còn dày (hình 2).



**Hình 2. Hình ảnh chụp CLVT (Bệnh nhân 1)**

Trong mổ thấy có 1 nhánh động mạch-tĩnh mạch cực dưới thận (hình 3A) nhưng không gây chèn ép niệu quản, bể thận xoay trước, giãn lớn, có 1 động mạch thận phụ đường kính khoảng 3,5 - 4mm bắt chéo qua cả bể thận và đoạn đầu niệu quản gây chèn ép ứ nước thận (hình 3B). Tiến hành cắt niệu quản tại vị trí hẹp, chuyển vị tới vị trí thuận lợi khâu nối niệu quản bể thận ở vị trí thấp nhất và ở phía trước nơi không bị mạch máu chèn ép (hình 3 C+D).

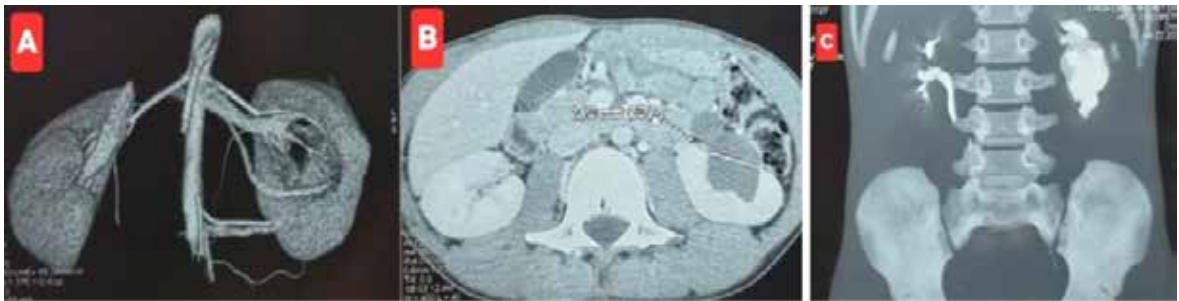


**Hình 3. Chuyển vị, nối niệu quản ở phần thấp nhất của bể thận (bệnh nhân 1)**

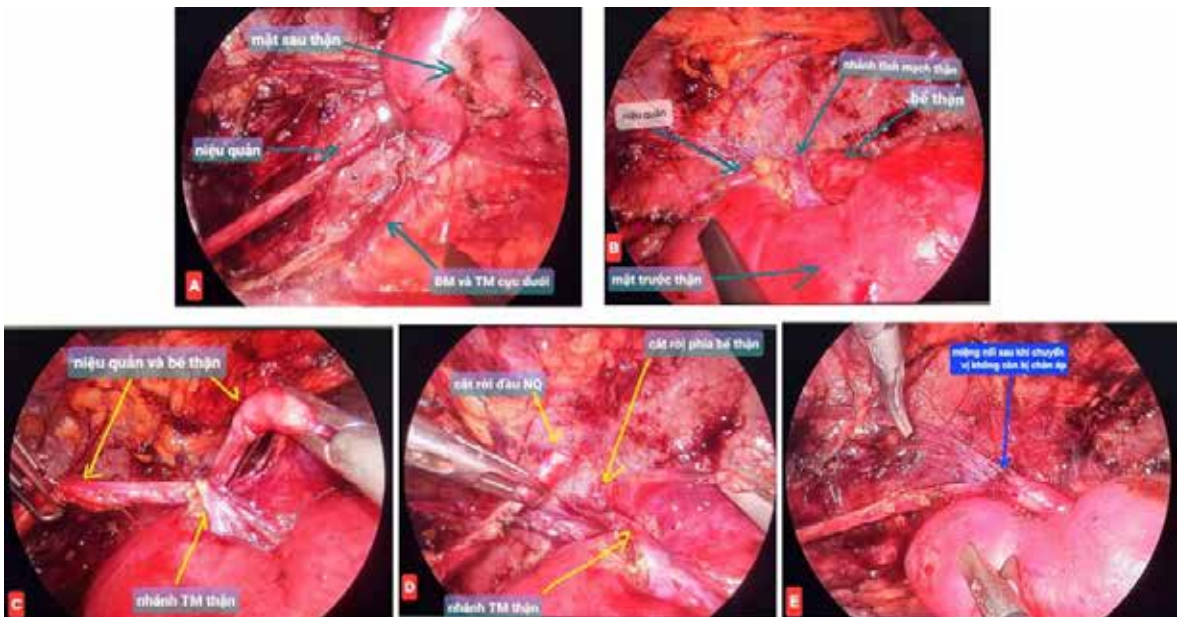
**Báo cáo ca bệnh 2**

Bệnh nhân BN nam 12 tuổi, chụp cắt lớp vi tính phát hiện thận trái không xoay (loại 1), đài bể thận giãn lớn, có nhánh tĩnh mạch chèn ép đường bài xuất, nhu mô thận còn dày. Trong mổ thấy có 1 nhánh động mạch-tĩnh mạch cực dưới thận (hình 4A+5A) nhưng không gây

chèn ép niệu quản, bể thận xoay trước, giãn lớn, nhánh tĩnh mạch thận đường kính khoảng 5mm bất chéo chèn ép mặt trước bể thận (Hình 5 B+C). Tiến hành cắt niệu quản tại vị trí hẹp, chuyển vị ra phía trước nhánh tĩnh mạch thận (Hình 5 D+E).



**Hình 4. Hình ảnh chụp CLVT (Bệnh nhân 2)**



**Hình 5. Chuyển vị, đưa niệu quản ra trước mạch máu chèn ép (Bệnh nhân 2)**

### III. BÀN LUẬN

Bất thường bẩm sinh của thận và đường tiết niệu xảy ra ở 3,3% - 11,1% dân số. Sự xoay bất thường của thận là một biến thể bẩm sinh hiếm gặp của vị trí thận và rốn thận, phổ biến hơn ở nam giới, với tỷ lệ mắc bệnh là 1 trên 2000 ca tử thi.<sup>7</sup> Bản thân sự xoay bất thường của thận đã có thể gây ra ứ nước thận do tư thế, khi thận xoay bất thường kèm theo các bất thường mạch máu rốn thận càng làm tăng nguy cơ ứ nước thận.<sup>8</sup> Sự xoay bất thường của thận thường xảy ra ở một bên và nhiều bệnh nhân có thể không có biểu hiện triệu chứng trong suốt cuộc đời, thường được phát hiện tình cờ hay khi có các bệnh lý kèm theo như ứ nước thận, nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi thận.<sup>8</sup>

Bilge I (2000) cho rằng thận xoay bất thường hay gặp ở những bệnh nhân mắc hội chứng Turner, tỉ lệ là 16,1%.<sup>9</sup> Không có biến chứng cụ thể nào liên quan đến thận xoay bất thường nhưng một số nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng tỉ lệ bị sỏi thận liên quan đến sự ứ nước của thận và nhiễm khuẩn tiết niệu thứ phát. Trong một nghiên cứu quan sát những bệnh nhân có bất thường ở thận, người ta thấy rằng 3 trong số 4 bệnh nhân bị rối loạn xoay thận cũng bị sỏi thận và 2 trong số đó có nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát. Ở 20 - 30% những bệnh nhân này, nhiều động mạch thận bất thường đã được tìm thấy và điều này cho thấy nguy cơ tổn thương mạch máu trong quá trình phẫu thuật, do đó chụp cắt lớp vi tính dựng hình mạch máu thận là cần thiết.<sup>3</sup>

Hẹp niệu quản do bất thường mạch máu rốn thận trên thận xoay bất thường là những ca bệnh hiếm gặp, chúng tôi không tìm thấy nhiều báo cáo về vấn đề này. R E Massicot (2018) báo cáo 1 trường hợp thận ứ nước không lồ trước sinh do chèn ép niệu quản không do mạch máu, mà do tư thế thận xoay bất thường khiến cực dưới đè đẩy chỗ nối bể

thận niệu quản.<sup>10</sup> Mahmoud Mustafa (2005) có báo cáo 1 trường hợp tương tự như ca bệnh của chúng tôi, thận ứ nước do mạch máu bất thường chèn ép trên thận xoay bất thường, tác giả đã thực hiện chuyển bị miệng nối bể thận niệu quản ra trước mạch máu bất thường, kết quả sau mổ cho thấy cải thiện triệu chứng và chức năng thận.<sup>11</sup> C Lopez (2000) báo cáo 14 trường hợp thận xoay bất thường trong tổng số 84 trẻ có hội chứng nối bể thận-niêu quản được điều trị bằng phẫu thuật, trong đó có 2 trường hợp có mạch máu cực dưới đi kèm, 12 trường hợp không có bất thường mạch máu vùng rốn thận.<sup>12</sup>

S Jayakumar (2012) báo cáo trong vòng 7 năm từ tháng 1 năm 2003 đến tháng 12 năm 2009 gặp 4 trẻ bị hẹp khúc nối bể thận-niêu quản do thận xoay bất thường không kèm theo nguyên nhân bất thường mạch máu, cả 4 bệnh nhân được mổ mở tạo hình kiểu Anderson-Hynes, trong đó 2 bệnh nhân thất bại phải mổ tạo hình lại.<sup>13</sup>

Natalie Divjak báo cáo 1 trường hợp trẻ nam 3,5 tuổi, thận xoay bất thường 2 bên, thận phải lạc chỗ vùng chậu, thận trái ứ nước giãn lớn xoay quá mức ra sau 270 độ. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi nối niệu quản vào đài thận dưới. Bệnh nhân được theo dõi và khám lại sau 1 năm, xạ hình thận và cắt lớp vi tính cho thấy chức năng thận cải thiện, lưu thông nước tiểu tốt, thận không còn tình trạng ứ nước.<sup>6</sup> Tương tự S Lobo cũng báo cáo phẫu thuật nội soi nối niệu quản đài thận dưới ở trẻ gái 13 tuổi cho kết quả tốt.<sup>5</sup> Tuy nhiên cả 2 trường hợp này nguyên nhân đơn thuần do tư thế thận gây ra không kèm theo mạch máu bất thường chèn ép và thận giãn to, nhu mô thận mỏng tạo điều kiện thuận lợi cho nối niệu quản vào đài thận dưới, đối ngược với 2 trường hợp của chúng tôi có mạch máu bất thường và nhu mô thận còn dày.



Điểm qua tài liệu và y văn chúng tôi thấy rất ít báo cáo về các trường hợp bệnh tương tự như của chúng tôi. Hai trường hợp của chúng tôi ngoài thận xoay bất thường gây ứ nước thận do tư thế thì nguyên nhân chính là do mạch máu phụ vùng rốn thận chèn ép. Bằng chứng là bệnh nhân đạt kết quả tốt, chức năng thận được cải thiện, thận giảm độ giãn sau khi phẫu thuật chuyển vị bể thận niệu quản ra khỏi vị trí chèn ép.

#### IV. KẾT LUẬN

Thận xoay bất thường là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp của hệ tiết niệu, bất thường tư thế xoay có thể kèm theo các bất thường về giải phẫu mạch máu vùng rốn thận là nguyên nhân gây ra tình trạng hẹp bể thận-niệu quản. Những bất thường về mạch máu đi kèm này nếu được chẩn đoán trước mổ sẽ giúp ích rất nhiều cho phẫu thuật viên trong phẫu thuật, do đó khảo sát hệ mạch máu thận bằng CLVT dựng hình trước mổ là hết sức cần thiết. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc chuyển vị tạo hình niệu quản hẹp trên thận xoay bất thường có nguyên nhân mạch máu chèn ép là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kelly CR, Landman J. Normal and abnormal development. *The netter collection of medical illustrations—urinary system, 2nd ed Amsterdam: Elsevier Saunders.* 2012.
- Daneman A, Alton DJ. Radiographic manifestations of renal anomalies. *Radiologic Clinics of North America.* 1991; 29(2): 351-363.
- Muttarak M, Sriburi T. Congenital renal anomalies detected in adulthood. *Biomedical imaging and intervention journal.* 2012; 8(1).
- Benz-Bohm G. Anomalies of kidney rotation, position and fusion. In: *Pediatric Uroradiology.* Springer; 2001:55-60.
- Lobo S, Mushtaq I. Laparoscopic ureterocolicostomy in children: The technique and feasibility. *Journal of pediatric urology.* 2018; 14(4): 358-359.
- Divjak N, Birraux J, Chehade H, Sanchez O. Hydronephrosis caused by kidney malrotation. *Urology Case Reports.* 2021; 36. doi:10.1016/j.eucr.2021.101564
- Benz-Bohm G, Brisse H, Cahill AM. *Pediatric Uroradiology. Medical Radiology, Diagnostic Imaging.* Springer; 2008.
- Gülsün M, Balkanci F, Cekirge S, Deger A. Pelvic kidney with an unusual blood supply angiographic findings. *Surgical and Radiologic Anatomy.* 2000; 22: 59-61.
- Bilge I, Kayserili H, Emre S, et al. Frequency of renal malformations in Turner syndrome: analysis of 82 Turkish children. *Pediatric Nephrology.* 2000; 14: 1111-1114.
- Massicot RE, Ferracci S, Uzel A-P. Anomalie de rotation rénale entraînant une hydronéphrose géante prénatale. *Morphologie.* 2018; 102(337): 91-96.
- Mustafa M, Alkan E. Aberrant vessels in ipsilateral malrotated kidney associated with contralateral cross ectopia without fusion. *International urology and nephrology.* 2005; 37: 39-41.
- Lopez C, A'ch S, Veyrac C, Morin D, Averous M. Lower pole pedicle in a series of 84 pyelo-ureteral junction syndromes surgically treated in children. *Progres en Urologie: Journal de L'association Francaise D'urologie et de la Societe Francaise D'urologie.* 2000; 10(4): 638-643.
- Jayakumar S, Antao BA, Ninan GK. Pyeloplasty for pelvi-ureteric junction obstruction in malrotated kidneys in children. *European Journal of Pediatric Surgery.* 2012; 22(04): 279-282.

## Summary

# RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY FOR HYDRONEPHROSIS IN KIDNEY MALROTATION PATIENTS WITH RENAL VASCULAR ABNORMALITIES: REPORT OF TWO RARE CASES

Ureteral stenosis due to kidney malrotation is a rare disease. It is still very difficult to resolve the root cause of the disease completely. We report two cases of ureteral stenosis due to kidney malrotation with abnormal renal hilar vascularity following retroperitoneal laparoscopic transposition and ureteroplasty. The intraoperative and postoperative results were good, and the patient had the JJ removed after 1 month. Re-examination at 1 and 2 years showed that the kidney had reduced dilatation and good urinary flow.

**Keywords:** Ureteral stenosis, kidney malrotation, renal hilar vascular abnormalities.