

PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠCH BÓC BẠCH MẠCH ĐIỀU TRỊ ĐÁI DƯỠNG CHẤP: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Hoàng Long^{1,2}, Trần Tuấn Anh³
và Nguyễn Đình Bắc^{1,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Y tế khu vực Yên Lập

Điều trị đái đường chấp chủ yếu là thay đổi chế độ ăn và các can thiệp ít xâm lấn (bơm các chất gây xơ, can thiệp bạch mạch). Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, can thiệp bạch mạch được xem là lựa chọn đầu tay trong điều trị bệnh lý này. Tuy nhiên, ở các bệnh nhân can thiệp bạch mạch thất bại hoặc không có chỉ định can thiệp bạch mạch thì phẫu thuật lại đóng một vai trò quan trọng. Chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi bóc bạch mạch cho nhóm bệnh nhân này và đã thu được các kết quả bước đầu tích cực. Tuy nhiên cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đưa ra kết luận này.

Từ khóa: Đái đường chấp, can thiệp bạch mạch, phẫu thuật nội soi bóc bạch mạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái đường chấp là tình trạng nước tiểu có dịch dưỡng chấp nguyên nhân do sự thông thương giữa hệ bạch huyết và hệ tiết niệu.¹ Dựa trên cơ chế bệnh sinh, đái đường chấp được phân thành hai loại là đái đường chấp do nguyên nhân ký sinh trùng và không do ký sinh trùng. Ở các nước vùng nhiệt đới giun chỉ là nguyên nhân chính gây bệnh, trong khi đó ở các nước phương tây nguyên nhân của bệnh lý này thường là do các bệnh lý viêm mạn tính, lao, chấn thương, các khối u và các bệnh lý di truyền.²

Có nhiều lựa chọn khác nhau trong điều trị đái đường chấp như nghỉ ngơi, chế độ ăn hạn chế chất béo, bơm các chất gây xơ vào bề thận, can thiệp bạch mạch và phẫu thuật. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, can thiệp bạch mạch được xem là lựa chọn đầu tay trong điều

trị bệnh lý này nhờ tính hiệu quả và ít xâm lấn.^{3,4} Tuy nhiên với các trường hợp đái đường chấp không có chỉ định can thiệp bạch mạch hoặc can thiệp bạch mạch thất bại thì phẫu thuật bóc bạch mạch được xem là phương pháp điều trị hiệu quả nhất.⁵ Tuy nhiên, phẫu thuật này vẫn tồn tại nguy cơ xảy ra biến chứng đặc biệt là tổn thương các nhánh mạch thận cũng như nguy cơ tái phát sau mổ.^{6,7} Trong thời gian gần đây, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi (PTNS) bóc bạch mạch cho các trường hợp đái đường chấp không có chỉ định can thiệp BM hoặc can thiệp BM thất bại và bước đầu thu được các kết quả tích cực. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để bước đầu đánh giá tính khả thi của PTNS bóc bạch mạch trong điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm các hồ sơ bệnh án trong đó thông tin của bệnh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đình Bắc

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: Nguyendinhbac19991@gmail.com

Ngày nhận: 14/10/2025

Ngày được chấp nhận: 11/01/2026

nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán đái đường chấp.
- Bệnh nhân không có chỉ định can thiệp bạch mạch hoặc can thiệp bạch mạch thất bại.
- Bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc bóc bạch mạch.
- Bệnh nhân đến khám lại và đánh giá kết quả sau mổ định kỳ theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ hồ sơ bệnh án

- Không đảm bảo đầy đủ các tiêu chuẩn ở phần tiêu chuẩn lựa chọn hồ sơ bệnh án.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Ngoại Tiết niệu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 3/2024 đến tháng 10/2025. Thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2025 đến tháng 11/2025, trong đó thời điểm cắt dữ liệu từ tháng 3/2024 đến tháng 10/2025.

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, trong thời điểm cắt dữ liệu có 5 hồ sơ bệnh án đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu của chúng tôi.

Các tiêu chí nghiên cứu:

- **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:** Tuổi, giới, BMI, bên bị rò đường chấp, thời gian mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng (đái màu trắng sữa/có váng mỡ, đái máu, đau thắt lưng, sút cân), triglyceride niệu, soi bàng quang, MRI bạch mạch.

- **Kết quả phẫu thuật:** chỉ định phẫu thuật,

thời gian phẫu thuật, biến chứng trong mổ, sau mổ, thời gian nằm viện, kết quả sớm sau mổ, thời gian theo dõi, kết quả xa sau mổ.

- **Theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật:**

+ Thời điểm đánh giá: kết quả sớm đánh giá tại thời điểm bệnh nhân ra viện. Kết quả xa được xác định bằng cách gọi điện phỏng vấn bệnh nhân tại thời điểm tiến hành nghiên cứu.

+ Cách đánh giá kết quả: Do thời gian theo dõi ngắn vì vậy kết quả được đánh giá ở 2 mức: hết triệu chứng lâm sàng và không khỏi bệnh/tái phát (nếu triệu chứng tiểu màu trắng sữa/có váng mỡ vẫn còn hoặc xuất hiện trở lại).

Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố. Các thông tin của bệnh nhân được sử dụng trong nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $51,2 \pm 25,2$ tuổi (từ 16 – 76 tuổi), BMI trung bình là $19,1 \pm 2,9$ (từ 15 – 21,9), đa số rò bạch mạch bên trái (4/5 bệnh nhân), tất cả bệnh nhân có triệu chứng tiểu màu trắng sữa hoặc có váng mỡ, triglyceride niệu trung bình là $5,2 \pm 5,7$ mmol/l (từ 0,1 – 14,43 mmol/l). Có 4/5 bệnh nhân thấy hình ảnh rò trên soi bàng quang. Có 3/5 bệnh nhân thấy đường rò trên MRI, trong đó có 1 bệnh nhân có bất thường giải phẫu của ống ngực. Tất cả bệnh nhân đã được điều trị bằng thay đổi chế độ ăn, có 2 bệnh nhân có tiền sử can thiệp bạch mạch và 1 bệnh nhân có tiền sử bơm chất gây xơ vào bể thận.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5
Tuổi		63	76	16	34	67
Giới		Nữ	Nữ	Nam	Nam	Nữ
BMI		21,1	21,9	17,3	20,4	15
Bên		Trái	Trái	Phải	Trái	Trái
Thời gian phát hiện bệnh (năm)		10	1	8	3	2
Triệu chứng lâm sàng	Tiểu trắng sữa/mỡ	Có				
	Tiểu máu	Không	Có	Có	Không	Có
	Đau thắt lưng	Có	Không	Không	Có	Không
	Sút cân	có	không	Có	Có	có
Triglycerid niệu (mmol/l)		2,43	2,56	14,43	0,1	6,65
Hình ảnh rò trên soi bàng quang		Có	Có	Có	Không	Có
MRI bạch mạch	Không thấy đường rò	x			x	
	Có đường rò	x	x		x	
	Ống ngực phụ				x	
Tiền sử điều trị	Thay đổi chế độ ăn	x	x	x	x	x
	Can thiệp bạch mạch	x	x			
	Bơm chất gây xơ			x		
Thời gian tái phát sau can thiệp (tháng)			1	12	8	

2. Kết quả phẫu thuật

Tất cả 5 bệnh nhân trong nghiên cứu đều được PTNS bóc bạch mạch theo phương pháp giải phóng toàn bộ thận, niệu quản 1/3 trên, cuống thận bằng dao điện đơn cực và dao Ligasure với 3 bước chính và không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở:

+ Bước 1: Giải phóng hoàn toàn động mạch thận và tĩnh mạch thận ra khỏi tổ chức liên kết xung quanh chỉ trừ lại động mạch và tĩnh mạch thận.

+ Bước 2: Giải phóng hoàn toàn bể thận đến sát rốn thận và khoảng 3 - 4 cm niệu quản 1/3 trên. Trong quá trình phẫu tích nếu có các nhánh bạch mạch lớn cần cắt lại bằng Hemolock.

+ Bước 3: Giải phóng toàn bộ thận ra khỏi

lớp mỡ quanh thận.

Trong số 5 bệnh nhân được phẫu thuật có 2 bệnh nhân được chỉ định do không có chỉ định can thiệp bạch mạch, 2 bệnh nhân thất bại sau can thiệp bạch mạch và 1 bệnh nhân thất bại sau tiêm chất gây xơ nhưng cũng không có chỉ định can thiệp bạch mạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là $100,0 \pm 35,4$ phút (từ 60 - 150 phút), không ghi nhận biến chứng nào trong và sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ là $4,6 \pm 0,5$ ngày (từ 4 - 5 ngày) và tất cả bệnh nhân đều hết triệu chứng lâm sàng đái dướng chấp. Thời gian theo dõi sau mổ là $8,4 \pm 8,1$ tháng (từ 1 - 19 tháng) và có 1 bệnh nhân tái phát trong thời gian theo dõi.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

	Đặc điểm	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5
Chỉ định phẫu thuật	Không có chỉ định can thiệp bạch mạch	x			x	x
	Can thiệp bạch mạch thất bại		x	x		
	Bơm chất gây xơ thất bại				x	
	Thời gian phẫu thuật (phút)	80	60	90	120	150
	Biến chứng trong mổ			Không		
	Biến chứng sau mổ			Không		
	Nằm viện sau mổ (ngày)	5	4	5	5	4
Kết quả sớm	Hết triệu chứng lâm sàng	x	x	x	x	x
	Không khỏi bệnh					
	Theo dõi sau mổ (tháng)	5	19	1	2	15
Kết quả theo dõi xa	Hết triệu chứng lâm sàng	x	x	x		x
	Tái phát				x	

IV. BÀN LUẬN

Đái đường cấp là tình trạng nước tiểu có dịch dưỡng chấp nguyên nhân do sự thông thương giữa hệ bạch huyết và hệ tiết niệu.¹ Chẩn đoán đái đường cấp cần dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong đái đường cấp là nước tiểu có màu trắng sữa hoặc có váng mỡ (chiếm 70% các trường hợp).⁷ Ngoài ra có thể gặp một số triệu chứng khác như tiểu máu, tiểu ra các cục mỡ, đau thắt lưng và gầy sút cân.⁷ Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tất cả ca bệnh đều đến khám với lý do chính là nước tiểu màu trắng sữa hoặc có váng mỡ. Các thăm dò cận lâm sàng có vai trò chính trong chẩn đoán xác định đái đường cấp. Theo Dalela và cộng sự, triglyceride có trong mẫu nước tiểu của 100% bệnh nhân đái đường cấp và khi nồng độ chất này trong nước tiểu > 15 mg/dl có thể nghĩ đến chẩn đoán xác định.⁸ Ngoài ra, một số nghiên cứu còn chỉ ra rằng nồng độ cao của triglyceride

và cholesterol trong nước tiểu là yếu tố dự báo thất bại khi bơm các chất gây xơ vào bể thận.^{8,9} Nội soi bàng quang là một phần quan trọng trong quá trình chẩn đoán đái đường cấp, tuy nhiên không nhất thiết phải chỉ định trong tất cả các trường hợp. Nội soi bàng quang có thể giúp xác định bên bị rò dưỡng chấp dựa vào dòng nước tiểu trắng sữa phụt ra ở lỗ niệu quản tương ứng.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi ca bệnh số 4 có xét nghiệm triglyceride niệu khá thấp và khi soi không thấy nước tiểu màu trắng sữa phụt ra từ lỗ niệu quản do thời điểm thực hiện xét nghiệm bệnh nhân vẫn đang duy trì chế độ ăn kiêng chất béo. Chụp MRI bạch mạch là phương pháp cận lâm sàng có giá trị nhất trong chẩn đoán đái đường cấp. MRI bạch mạch cung cấp các thông tin như vị trí, kích thước, số lượng các đường rò cũng như phát hiện các bất thường khác về giải phẫu của hệ bạch huyết.^{10,11} Các thông tin này rất hữu ích

trong việc đưa ra lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhất cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 2 ca bệnh (ca số 1 và số 4) không rõ đường rò trên MRI và ca bệnh số 5 có biến thể giải phẫu ống ngực tách đôi trong đó

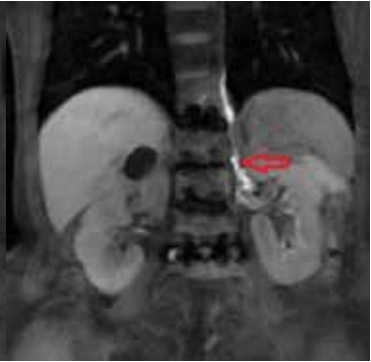
có nhánh của ống ngực phụ đi vào rốn thận trái dự kiến sẽ khó khăn khi can thiệp bạch mạch do khó đi vào ống ngực phụ, vì vậy các bệnh nhân này chúng tôi chỉ định phẫu thuật.



Hình 1. Giải các nhánh bạch mạch rốn thận trái



Hình 2. Ống ngực chính



Hình 3. Ống ngực phụ có nhánh đi vào rốn thận

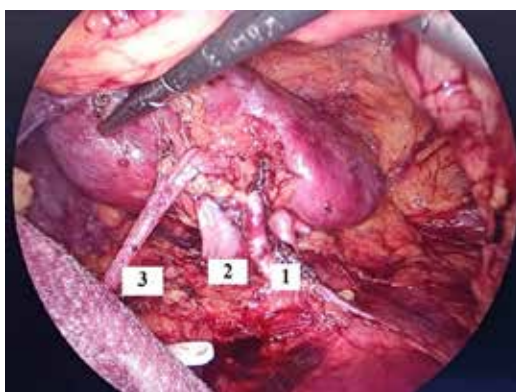
Các phương pháp điều trị đái dưỡng chấp có thể chia làm 3 nhóm: không xâm lấn (thay đổi chế độ ăn), ít xâm lấn (bơm các chất gây xơ vào bể thận, can thiệp bạch mạch...) và xâm lấn (phẫu thuật bóc bạch mạch).⁸ Phẫu thuật thường được chỉ định cho các bệnh nhân đái dưỡng chấp mức độ nặng hoặc thất bại với các phương pháp điều trị không và ít xâm lấn.⁵ Thay đổi chế độ ăn (giảm chất béo, kiêng các thức ăn chứa chất béo, ưu tiên các thức ăn chứa chất béo chuỗi ngắn hoặc nhịn ăn nuôi dưỡng đường tĩnh mạch) có thể giúp điều trị khỏi bệnh ở 70% các trường hợp đái dưỡng chấp.⁸ Trong nghiên cứu này của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều đã được điều trị bằng chế độ ăn hạn chế hoặc kiêng hoàn toàn chất béo nhưng đều thất bại. Các can thiệp ít xâm lấn như bơm các chất gây xơ vào bể thận (nitrate bạc, povidone iodine...) hoặc can thiệp bạch mạch với mục đích chính là làm tắc đường rò giữa hệ bạch mạch và hệ tiết niệu. Đây là các phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh lý này. Tuy nhiên các

phương pháp này vẫn có một tỷ lệ thất bại và khi đó cần chỉ định phẫu thuật. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định phẫu thuật với các lý do: 1 ca bệnh (ca số 4) tiêm chất gây xơ (povidone iodine) thất bại và cũng không có chỉ định can thiệp bạch mạch, 2 ca bệnh (ca số 2 và 3) can thiệp bạch mạch thất bại và 2 ca bệnh (ca số 1 và 5) không có chỉ định can thiệp bạch mạch.

Phẫu thuật bóc bạch mạch được xem là phương pháp hiệu quả nhất trong điều trị đái dưỡng chấp và phẫu thuật có thể thực hiện qua đường mổ mở hoặc PTNS. So với mổ mở, PTNS bóc bạch mạch có nhiều ưu điểm hơn như thời gian mổ ngắn hơn, mất máu trong mổ ít hơn, tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ thấp hơn, đau sau mổ ít hơn, nằm viện sau mổ ngắn hơn và kết quả gần tốt hơn.¹² Trong nghiên cứu này của chúng tôi cả 5 bệnh nhân đều được PTNS để bóc bạch mạch và không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở. PTNS bóc bạch mạch bao gồm giải phóng toàn bộ thận ra khỏi tổ chức mỡ quanh thận, giải phóng bể thận và

3 - 4cm niệu quản đoạn 1/3 trên, động mạch và tĩnh mạch thận khỏi tổ chức liên kết xung quanh.¹³⁻¹⁵ Gần đây đã có một số cải tiến về cách thức phẫu thuật, trong đó thay vì giải phóng toàn bộ thận thì chỉ cực dưới thận được giải phóng ra khỏi tổ chức mỡ quanh thận.¹³⁻¹⁵ Các nghiên cứu chỉ ra rằng cả 2 phương pháp này có tỷ lệ tái phát và biến chứng tương đương nhau.¹³⁻¹⁵ Trong khi đó phương pháp chỉ giải phóng 1 phần thận có thời gian mổ ngắn hơn, mất máu trong mổ ít hơn, đau sau mổ ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn.¹³⁻¹⁵ Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp giải phóng toàn bộ thận ra khỏi tổ chức mỡ quanh thận, bể thận và niệu quản 1/3 trên, động mạch và tĩnh mạch thận được giải phóng hoàn toàn ra khỏi

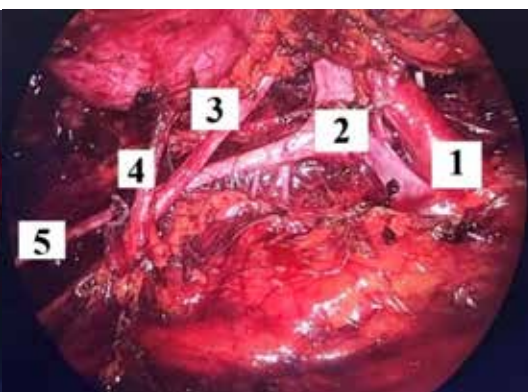
tổ chức liên kết xung quanh. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào trong và sau mổ. Các nghiên cứu trước đây cho thấy, PTNS bóc bạch mạch có kết quả xa và tiên lượng khá tốt. Tuy nhiên chỉ có 94,2% bệnh nhân cải thiện hoàn toàn triệu chứng đái dưỡng chấp sau phẫu thuật 3 tháng.¹⁶ Sau thời gian theo dõi thay đổi từ 1 đến 19 tháng (với giá trị trung vị là 5 tháng) có 4/5 ca bệnh (ca số 1, 2, 3 và 5) hết các triệu chứng lâm sàng của đái dưỡng chấp, trong khi đó ca bệnh số 4 vẫn còn triệu chứng tiểu màu trắng sữa sau khi ngừng chế độ ăn kiêng mỡ (sau phẫu thuật 2 tháng), tuy nhiên mức độ triệu chứng giảm hơn so với trước mổ. Ở bệnh nhân này chúng tôi tiếp tục theo dõi và điều trị bằng chế độ ăn hạn chế mỡ.



Hình 4. Hình ảnh trong mổ bệnh nhân 1

- | | | |
|-------------------|-------------------|--------------|
| 1. Động mạch thận | 2. Tĩnh mạch thận | 3. Niệu quản |
|-------------------|-------------------|--------------|

Như vậy, PTNS bóc bạch mạch điều trị các bệnh nhân đái dưỡng chấp dai dẳng bước đầu cho thấy được tính khả thi về khía cạnh kỹ thuật (không gặp biến chứng trong, sau mổ và không phải chuyển mổ mở), trang thiết bị phẫu thuật (chỉ cần các trang thiết bị PTNS thông dụng) và hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu này của chúng tôi vẫn còn tồn tại một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi chưa đủ dài,



Hình 5. Hình ảnh trong mổ bệnh nhân 5

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 4. Động mạch cực dưới | 5. Tĩnh mạch sinh dục |
|-----------------------|-----------------------|

chưa có các mốc thời gian theo dõi sau mổ thống nhất và chưa có các bằng chứng cận lâm sàng sau mổ (xét nghiệm triglyceride niệu, soi bàng quang, MRI bạch mạch) để xác định khỏi bệnh hay không khỏi bệnh.

IV. KẾT LUẬN

PTNS bóc bạch mạch bước đầu cho thấy được tính khả thi trong điều trị các bệnh nhân

đái dưỡng chấp dai dẳng, đặc biệt là ở các bệnh nhân không có chỉ định can thiệp hoặc can thiệp bạch mạch thất bại. Tuy nhiên, cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn, có các mốc theo dõi sau mổ thống nhất và các tiêu chí cận lâm sàng sau mổ để đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cheng JT, Mohan S, Nasr SH, et al. Chyluria presenting as milky urine and nephrotic-range proteinuria. *Kidney Int.* 2006; 70:1518-1522.
2. Diamond E, Schapira HE. Chyluria- a review of the literature. *Urology.* 1985; 26: 427-431.
3. Nguyen Ngoc Cuong, Le Tuan Linh, Thieu Thi Tra My, et al. Management of chyluria using percutaneous thoracic duct stenting. *CVIR Endovasc.* 2022; 5(1): 54.
4. Tran Quoc Hoa, Nguyen Ngoc Cuong, Le Hoan, et al. Occlusion of thoracic duct stent resulting in recurrent chyluria: role of renal-lymphatic fistula embolization. *CVIR Endovasc.* 2023; 6(1): 39.
5. Lin TP, Hsu YS, Chen KK, et al. Chyluria - experience of Taipei veterans general hospital. *J Chin Med Assoc.* 2003; 66: 109-112.
6. Puneekar SV, Kelkar AR, Prem AR, et al. Surgical disconnection of lymphorenal communication for chyluria: a 15-year experience. *Br J Urol.* 1997; 80:858-863
7. Stainer Victoria, Jones Patrick, Siri Øvereng Juliebø, et al. Chyluria: what does the clinician need to know?. *Therapeutic Advances in Urology.* 2020; 12:1-10.
8. Dalela D. Issues in etiology and diagnosis making of chyluria. *Indian J Urol.* 2005; 21: 18-23.
9. Rahman MM. Easy method of detection of chyle in urine. *Indian J Nephrol.* 2012; 22: 147-148.
10. Alexandre Sabbah, Cedi Koumakou, Sanaâ El Mouhadi, et al. Chyluria: non-enhanced MR lymphography. *Insights Imaging.* 2023; 14(1): 119.
11. Pieper CC, Feisst A, Schild HH. Contrast-enhanced interstitial transpedal MR lymphangiography for thoracic chylous effusions. *Radiology.* 2020; 295(2): 458-466.
12. Wanxiang You, Boshi Luan, Tianfei Cheng, et al. The efficacy and safety of retroperitoneoscopic renal pedicle ligation of lymphatic disconnection versus open surgery in the treatment of chyluria: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nephrol.* 2019 Apr; 91(4): 211-221.
13. Tao Zhang, Jinyou Wang, Dexin Yu, et al. It is unnecessary to completely mobilize the kidney in retroperitoneoscopic renal pedicle lymphatic disconnection for intractable chyluria. *Int Urol Nephrol.* 2016; 48: 1565-1569.
14. Bianjiang Liu, Jiexiu Zhang, Jie Li, et al. Modified Retroperitoneoscopic Renal Pedicle Lymphatic Disconnection for Intractable Chyluria. *Urology.* 2014; 83(5): 1195-8.
15. Xiyan Lan, Runfu Cao, Zhixian Xiao, et al. Clinical Efficacy Analysis of Retroperitoneal Laparoscopic Simple Renal Pedicle Lymphatic Ligation and Retroperitoneal Laparoscopic Perirenal Lymphatic Ligation for the Treatment of Chyluria. *Urol Int.* 2025 Nov 14:1-10.
16. Kangning Wang, Bingsheng Li, Zewu Zhu, et al. Renal pedicle lymphatic ligation for non-parasitic chyluria via retroperitoneal laparoscopic surgery: a single-center 12-year experience. *Transl Androl Urol.* 2023; 12(10): 1511-1517.

Summary

RETROPERITONEOSCOPIC RENAL PEDICLE LYMPHATIC DISCONNECTION IN THE TREATMENT OF CHYLURIA: CASE SERIES REPORT

The management of chyluria mainly involves dietary changes and minimally invasive interventions (sclerotherapy, lymphatic intervention). At Hanoi Medical University Hospital, lymphatic intervention is considered the first choice for this disease. However, for patients in whom lymphatic intervention fails or is not indicated, surgery still plays an important role. We have performed retroperitoneoscopic renal pedicle lymphatic disconnection for these patients and have obtained initial positive results. Nevertheless, larger studies with longer follow-up period are needed to draw a definitive conclusion.

Keywords: Chyluria, lymphatic intervention, renal pedicle lymphatic disconnection.