

ÁP XE NANG NIỆU RÓN DO TỤ CẦU VÀNG Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Chu Thị Thanh Hoa¹, Trương Văn Quý^{1,2} và Đào Thúy Quỳnh^{2,✉}

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Tồn lưu ống niệu rón là dị tật ít gặp ở trẻ em nhưng nếu bỏ sót thì có thể thoái triển thành ác tính khi trẻ đến độ tuổi trưởng thành. Trong đó, nang ống niệu rón là loại gặp phổ biến nhất. Các triệu chứng của nhiễm trùng nang ống niệu rón thường không đặc hiệu, có thể tương tự như viêm ruột thừa cấp tính hoặc các bệnh lý khác ở bụng, dẫn đến việc chẩn đoán không dễ dàng, gây nên các biến chứng như nhiễm trùng huyết, viêm phúc mạc do vỡ u nang niệu rón vào ổ bụng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nữ 6 tuổi biểu hiện sốt cao kèm theo xuất hiện khối áp xe sưng nóng, đỏ vùng rón. Kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính thấy phần mềm thành bụng có khối nghi áp xe nang niệu rón, cấy dịch mũ ổ áp xe ra vi khuẩn tụ cầu vàng. Trẻ được điều trị kháng sinh và phẫu thuật cắt nang niệu rón và kết quả điều trị rất tốt.

Từ khóa: Nang niệu rón, tụ cầu vàng, .

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ống niệu rón hay dây chằng rón giữa, là một cấu trúc ống đường giữa kéo dài lên phía trên từ vòm trước của bàng quang tới rón, tồn tại trong thời kỳ bào thai và thoái triển thành dây chằng rón - bàng quang trước khi sinh. Tuy nhiên sự thoái triển không hoàn toàn của cấu trúc này dẫn đến những dị dạng của ống niệu rón. Có năm loại dị tật bẩm sinh khác nhau của tồn lưu ống niệu rón: Ống niệu rón mở (10 - 48%), nang ống niệu rón (31 - 43%), xoang ống niệu rón (18 - 43%), túi thừa bàng quang - niệu rón (khoảng 3 - 4%) và xoang xen kẽ rất hiếm gặp.¹ Nang ống niệu rón là một dị tật bẩm sinh thường xuất hiện ở trẻ lớn. Nó phát sinh do ống niệu rón thoái triển đóng ở hai đầu bàng quang và rón nhưng không khép kín ở đoạn giữa hai đầu tận này. Nang ống niệu rón chủ yếu xảy ra ở 1/3 dưới của ống niệu rón.² Tỷ lệ nang ống niệu

rón là 1/5000 trẻ đẻ sống. Nó hầu hết không có triệu chứng và khoảng 35% bệnh nhân có biểu hiện đau bụng dưới, các biểu hiện nhiễm trùng đường tiết niệu, khối đau ở bụng và tiểu máu.¹ Chính vì vậy, chẩn đoán nang niệu rón thường tình cờ ở những trẻ không có triệu chứng, hoặc khi có biểu hiện nhiễm trùng cấp tính hay đã thoái triển thành ung thư. Các nang niệu rón thường rất nhỏ và không gây triệu chứng gì nên tồn tại rất lâu. Chúng chỉ biểu hiện triệu chứng khi to ra hoặc được phát hiện dưới dạng khối tình cờ khi thăm khám bụng thông thường. Do ống niệu rón tồn lưu có lỗ mở nên thường dễ bị nhiễm khuẩn. Đường nhiễm khuẩn có thể là bạch mạch, máu và bàng quang. Nang niệu rón có thể thoái triển thành ung thư do dị sản của niêm mạc niệu rón từ biểu mô chuyển tiếp thành biểu mô trụ dẫn đến sự chuyển đổi ác tính. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có ý nghĩa trong việc chẩn đoán sớm nang niệu rón như siêu âm ổ bụng thấy cấu trúc ống vùng hạ vị thông thương rón với bàng quang, nang giữa rón và bàng quang, túi thừa ở mặt đáy bàng quang; chụp cắt lớp vi tính cho thấy rõ

Tác giả liên hệ: Đào Thúy Quỳnh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: daothuyquynh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 14/02/2022

Ngày được chấp nhận: 21/03/2022

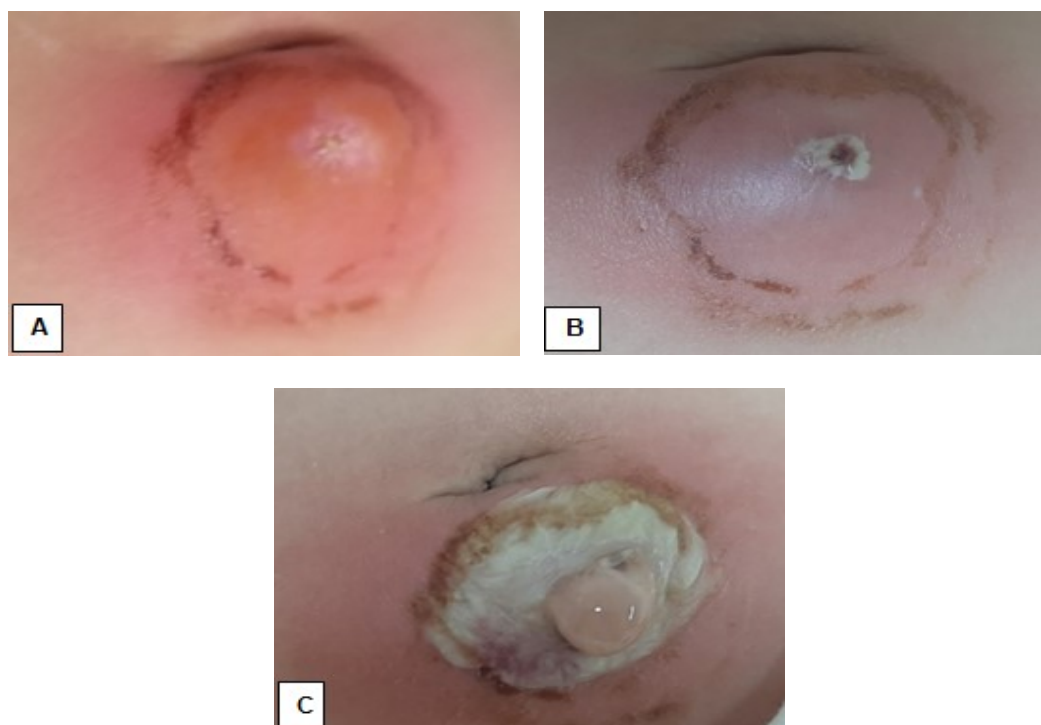
hơn hình ảnh cấu trúc nang niệu rốn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 6 tuổi tiền sử khỏe mạnh đi khám với biểu hiện viêm tấy đỏ, áp xe vùng rốn; dựa vào kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng được chẩn đoán nghi ngờ nhiễm trùng nang niệu rốn. Trẻ đã được điều trị nội khoa dựa trên kết quả cấy mũ ổ áp xe do vi khuẩn tụ cầu vàng và phẫu thuật nội soi cắt bỏ nang niệu rốn thành công.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Trẻ nữ, 6 tuổi vào viện vì sốt, xuất hiện khối sưng, đỏ đau vùng rốn to dần lên trong 3 ngày. Khởi đầu, trẻ xuất hiện nốt nhỏ vùng dưới rốn, tăng nhanh kích thước kèm sưng, nóng, đỏ, đau (hình 1A, 1B). Trẻ bị sốt từng cơn, nhiệt độ cao nhất 38,5°C, có đáp ứng với thuốc hạ sốt. Trẻ không tiểu máu, đại tiện bình thường, không có tiền sử chấn thương, không có bệnh lý nền trước đó. Tiền sử sản khoa chưa phát

hiện bất thường, trẻ được tiêm chủng đầy đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng, phát triển khỏe mạnh và chưa phát hiện dị tật bất thường. Trẻ được đưa đến phòng khám tư chẩn đoán áp xe rốn, được kê thuốc kháng sinh Augmentin, thuốc hạ sốt uống trong vòng 2 ngày không đỡ, sau đó gia đình đưa trẻ đến khám tại Khoa Nội Nhi Tổng hợp - Bệnh viện E.

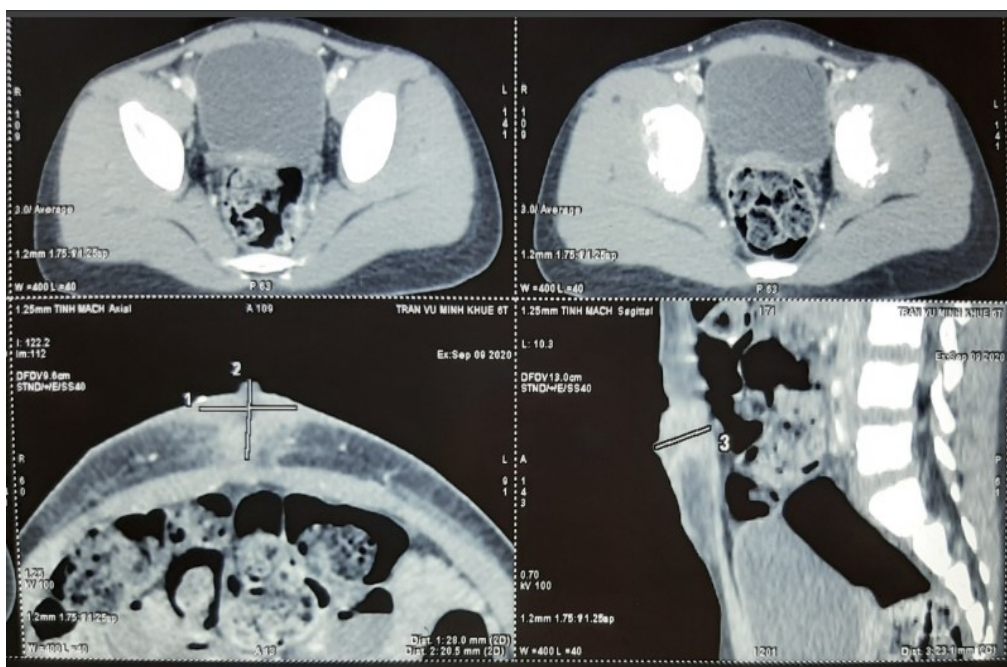
Thăm khám lâm sàng tại thời điểm vào viện cho thấy trẻ tỉnh táo, dấu hiệu sinh tồn bao gồm nhịp tim 120 chu kỳ/phút, nhịp thở 24 lần/phút, nhiệt độ 38,1°C, đo bão hòa oxy SpO₂ là 99%, cân nặng 21kg. Trẻ không phù, không phát ban, môi khô, tai mũi họng bình thường, khám tim, phổi chưa phát hiện bất thường. Bụng mềm, không chướng, gan, lách không sờ thấy. Khối áp xe ngay dưới rốn kích thước 3x4 cm, sưng, nóng, đỏ, ấn đau, mật độ chắc, chảy ít dịch mũ trắng đục (hình 1C). Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.



Hình 1. Khối áp xe vùng rốn của bệnh nhân lúc vào viện
A,B. Khối áp xe sưng, nóng, đỏ; C. Khối áp xe rò dịch mũ trắng

Các kết quả xét nghiệm bao gồm công thức máu có số lượng bạch cầu là 14,1 G/l, tỷ lệ bạch cầu trung tính 67,6%, nồng độ hemoglobin 123 g/l, số lượng tiểu cầu 320 G/l, CRP tăng nhẹ 9,3 mg/l, chức năng gan thận trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng cho thấy một tổn thương phản âm hỗn hợp, bên trong có hóa mủ kèm thâm nhiễm, phù nề mô mềm xung quanh,

phổ Doppler tăng tưới máu, kích thước 25x12 mm. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và khung chậu cho thấy phần mềm thành bụng vùng rốn có khối 38x29x24 mm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, thâm nhiễm nhẹ tổ chức mỡ xung quanh, trung tâm hoại tử không ngấm thuốc, khối nằm ngay trong tổ chức dưới da, giới hạn rõ với lớp cơ phía sau. Theo dõi áp xe nang niệu rốn hoặc xoang niệu rốn (hình 2).



Hình 2. Chụp cắt lớp vi tính vùng bụng, khung chậu

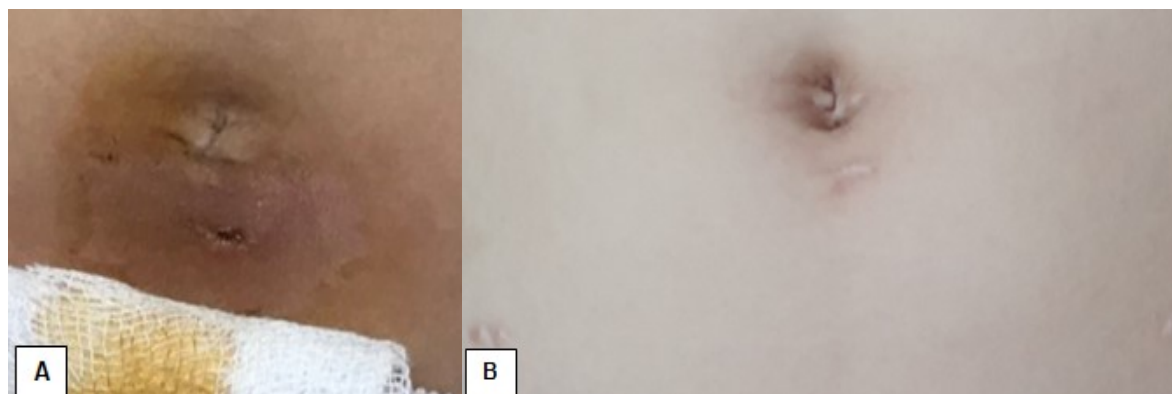
Phần mềm thành bụng vùng rốn có khối 38 x 29 x 24 mm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, thâm nhiễm nhẹ tổ chức mỡ xung quanh, trung tâm hoại tử không ngấm thuốc, khối nằm ngay trong tổ chức dưới da, giới hạn rõ với lớp cơ phía sau

Với những xét nghiệm cận lâm sàng trên kết hợp với hội chẩn chuyên khoa ngoại Thận - tiết niệu, bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi áp xe nang niệu rốn hoặc xoang niệu rốn, được dùng kháng sinh clindamycin kết hợp với cefoxitin đường tĩnh mạch trong thời gian đợi kết quả cấy máu. Đến ngày thứ hai sau nhập viện, khối áp xe đã vỡ mủ, bệnh nhân được vệ sinh làm sạch ổ áp xe và xét nghiệm vi sinh nuôi cấy mủ cho kết quả *Staphylococcus aureus* với MRSA

(Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* - tụ cầu vàng kháng methicillin) dương tính. Trẻ bắt đầu được sử dụng kháng sinh Linezolid theo kháng sinh đồ với liều 30 mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày truyền đường tĩnh mạch vào ngày thứ 5 sau nhập viện. Sau 10 ngày điều trị kháng sinh Linezolid và thay băng, vệ sinh ổ áp xe, ổ áp xe khô, không chảy dịch, toàn trạng trẻ ổn định, không sốt. Trẻ được tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng, quan sát trong lúc phẫu

thuật thấy có 1 nang và còn di tích ống niệu rốn, Trẻ đã được cắt bỏ nang niệu rốn, khâu phục hồi phúc mạc và tạo hình dây treo bàng quang đồng thời lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh. Chẩn đoán sau mổ của bệnh nhân là áp xe nang niệu rốn. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tổ chức vách nang viêm mạn tính, không thấy tế bào viêm lao, tế bào ác tính. Trẻ tiếp tục

được dùng kháng sinh Linezolid thêm 3 ngày và thay băng hàng ngày. Quá trình sau mổ trẻ không có triệu chứng gì bất thường và được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 3. Sau mổ 1 tháng, trẻ đi khám lại thấy toàn trạng trẻ ổn định, vùng rốn trở về cấu trúc như bình thường và không ảnh hưởng tới thẩm mỹ vùng bụng của trẻ (hình 3).



Hình 3. Khối áp xe vùng rốn sau khi phẫu thuật

A. Sau mổ nội soi cắt nang niệu rốn 3 ngày; B. Sau mổ và ra viện 1 tháng

III. BÀN LUẬN

Theo Begg, bất thường ống niệu rốn được mô tả lần đầu tiên vào năm 1550 bởi Bartholomaeus Cabrolus.³ Nó là dấu vết tồn lưu của hai cấu trúc phôi: ổ nhóp (cloaca) là sự kéo dài lên phía đầu của xoang niệu dục (tiền thân bàng quang của thai) và niệu nang (allantois) là một phát sinh của túi noãn hoàng. Trong 3 tháng đầu thai kỳ, vai trò của ống niệu rốn là loại bỏ chất thải nitơ của thai nhi thông qua dây rốn. Vào khoảng tháng thứ 4 và thứ 5 của thai kỳ, bàng quang di chuyển xuống khung chậu và phần đỉnh của nó hẹp lại dần dần thành một dải xơ cơ nhỏ phủ biểu mô, đó là ống niệu rốn. Về mặt chức năng, nó được cho là khép kín vào nửa cuối của thai kỳ. Ống niệu rốn có chiều dài từ 3 đến 10cm, đường kính 8 đến 10mm với cấu trúc ống có 3 lớp. Dọc theo đường đi của nó từ bàng quang đến

rốn, ống niệu rốn nằm giữa mạc ngang và phúc mạc thành, chứa trong khoang tháp sau xương mu và trước bàng quang.⁴ Chính sự thoái hóa không hoàn toàn của ống niệu rốn dẫn đến các dị tật khác nhau của tồn lưu ống niệu rốn phôi, làm phát sinh nhiều vấn đề lâm sàng không chỉ ở trẻ sơ sinh và trẻ em mà còn ở người trưởng thành.

Bởi vì biểu hiện lâm sàng các bệnh của ống niệu rốn tồn lưu rất đa dạng với triệu chứng ổ bụng, niệu khoa không đặc hiệu có thể nhầm lẫn với các bệnh lý khác nên việc chẩn đoán bệnh có thể chậm trễ. Nang ống niệu rốn là loại hay gặp nhất trong nhi khoa chiếm 69% các trường hợp.⁵ Tuy nhiên, nang ống niệu rốn thường không có biểu hiện triệu chứng cơ năng rõ ràng, trẻ có thể đến khám vì đau bụng, nhiễm khuẩn tiết niệu, sốt và sờ thấy khối

ở bụng, siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng tình cờ phát hiện bệnh. Đặc biệt khi bị nhiễm trùng, nang ống niệu rốn có thể tăng nhanh kích thước và biểu hiện triệu chứng rõ ràng hơn: sờ thấy khối ở rốn, chảy dịch và có thể thành khối áp xe và gây ra tình trạng nhiễm trùng huyết, đường vào vi khuẩn có thể theo đường bạch huyết, đường máu hoặc bàng quang.⁶ Nhiều nghiên cứu đã báo cáo rằng tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) và *Escherichia coli* là tác nhân gây nhiễm khuẩn thường gặp nhất.⁷ Các biến chứng khác bao gồm: bí tiểu, xuất huyết, viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú do các nang nhiễm khuẩn vỡ tự phát vào ổ bụng, ung thư biểu mô tuyến.¹ Các hướng dẫn thống nhất về chẩn đoán bệnh vẫn chưa được thiết lập. Chính vì vậy, cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng và các hình ảnh cắt ngang như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (Computed Tomography Scan - CT Scan), chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging - MRI) vùng bụng, tiểu khung hoặc nội soi bàng quang. Trong đó, siêu âm là phương thức thăm dò hình ảnh không xâm lấn phổ biến nhất trong chẩn đoán bệnh nhân có các bất thường ống niệu rốn, có thể làm được ở hầu hết các cơ sở khám chữa bệnh với giá trị dự đoán dương tính và âm tính lần lượt là 83% và 25%.⁶

Bệnh nhân của chúng tôi hoàn toàn phát triển bình thường, không biểu hiện triệu chứng cơ năng nào trước đó cho đến khi có triệu chứng của nhiễm trùng sờ thấy khối sưng, nóng, đỏ, đau ở rốn, tăng nhanh kích thước, chảy dịch mủ và sốt. Thăm khám lâm sàng thông thường có thể không nghĩ đến một nhiễm trùng của tồn lưu ống niệu rốn nhưng chúng tôi đã lưu ý đến vị trí đặc biệt của khối áp xe ở rốn đồng thời kết hợp với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng đã giúp ích rất nhiều cho định hướng chẩn đoán bệnh.

Nguyên tắc điều trị bao gồm điều trị nhiễm trùng bằng liệu pháp kháng sinh phổ rộng bao phủ được *S.aureus* và *E.coli*. Sau khi có kết quả nuôi cấy nên điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ. Khi nhiễm trùng được kiểm soát, việc phẫu thuật cắt bỏ ống niệu rốn tồn lưu nên được thực hiện sớm.⁸ Trên thực tế rất khó phân biệt nhiễm trùng ống niệu rốn với ung thư biểu mô ống niệu rốn trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính. Do đó, phẫu thuật cắt bỏ ống niệu rốn là phương pháp duy nhất giúp tránh tái nhiễm 30% và ung thư biểu mô phát triển trong một ống niệu rốn tồn lưu được cắt bỏ không hết hoặc không được cắt bỏ.⁴ Phẫu thuật nội soi cắt bỏ bất thường ống niệu rốn được trích dẫn lần đầu tiên vào năm 1993 bởi Trondsen và cộng sự.⁹ Đây là phương pháp phẫu thuật được ưa chuộng vì nó an toàn, hiệu quả, giảm thiểu xâm lấn, giảm mất máu, giảm thời gian nằm viện, kết quả thẩm mỹ tốt. Sinh thiết làm giải phẫu bệnh cần được làm trong khi phẫu thuật cắt bỏ ống niệu rốn tồn lưu để chẩn đoán và điều trị bệnh.¹⁰

Bệnh nhân của chúng tôi được điều trị 2 kháng sinh trước khi có kết quả cấy máu và cấy mủ là Clidamycin và Cefoxitin theo hướng bao phủ vi khuẩn tụ cầu vàng và các vi khuẩn gram dương cũng phù hợp với hướng dẫn điều trị của nhiễm trùng ống niệu rốn. Bệnh nhân được đổi sang Linezolid theo kháng sinh đồ khi kết quả cấy mủ ổ áp xe ra *S.aureus* MRSA dương tính vào ngày thứ 5 sau nhập viện. Sau 10 ngày điều trị kháng sinh Linezolid và vệ sinh ổ áp xe, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi để cắt bỏ tồn lưu ống niệu rốn. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi quan sát rõ ràng hơn đó là một nang niệu rốn chứ không phải xoang niệu rốn. Chẩn đoán sau mổ của bệnh nhân là áp xe nang niệu rốn. Bệnh nhân được lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh cho kết quả là tổ chức vách nang viêm mạn tính, không thấy viêm lao, tế bào ác tính. Như vậy, ở bệnh nhân này nang

ống niệu rốn bị nhiễm trùng chứ không phát hiện tế bào ung thư ác tính. Bệnh nhân đáp ứng với điều trị tốt, vết mổ khô, không nhiễm trùng sau mổ và chỉ để lại vết sẹo nhỏ trên bụng sau 1 tháng ra viện, kết quả thẩm mỹ rất tốt với một bệnh nhân nữ.

IV. KẾT LUẬN

Khi trẻ có các biểu hiện nhiễm trùng gần vùng rốn cần chú ý xem trẻ có các dị tật tồn lưu ống niệu rốn hay không bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp CT hoặc MRI ổ bụng, tiểu khung. Điều trị nhiễm trùng và phẫu thuật nội soi cắt bỏ nang niệu rốn thường đơn giản, hiệu quả đồng thời ngăn ngừa các biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wilson AL, Gandhi J, Seyam O, et al. Urachal anomalies: A review of pathological conditions, diagnosis, and management. *Transl Res Anat*. 2019;16:100041.
2. Parada Villavicencio C, Adam SZ, Nikolaidis P, et al. Imaging of the Urachus: Anomalies, complications, and mimics. *RadioGraphics*. 2016;36(7):2049-2063.
3. Ueno T, Hashimoto H, Yokoyama H, et al. Urachal anomalies: ultrasonography and management. *J Pediatr Surg*. 2003;38(8):1203-

1207.

4. Yu JS, Kim KW, Lee HJ, et al. Urachal Remnant Diseases: Spectrum of CT and US findings. *RadioGraphics*. 2001;21(2):451-461.

5. Noguerras-Ocaña M, Rodríguez-Belmonte R, Uberos-Fernández J, et al. Urachal anomalies in children: Surgical or conservative treatment?. *J Pediatr Urol*. 2014; 10(3):522-526.

6. Bertozzi M, Recchia N, Di Cara G, et al. Ultrasonographic diagnosis and minimally invasive treatment of a patent urachus associated with a patent omphalomesenteric duct in a newborn. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(30):e7087.

7. Ilica AT, Menten O, Gur S, et al. Abscess formation as a complication of a ruptured urachal cyst. *Emerg Radiol*. 2007;13(6):333-335.

8. Severson CR. Enhancing nurse practitioner understanding of urachal anomalies. *J Am Acad Nurse Pract*. 2011;23(1):2-7.

9. Tronsen E, Reiertsen O, Rosseland AR. Laparoscopic excision of urachal sinus. *Eur. J. Surg*. 1993;159(2):127-128.

10. Patrzyk M, Wilhelm L, Ludwig K, et al. Improved laparoscopic treatment of symptomatic urachal anomalies. *World J Urol*. 2013;31(6):1475-1481.

Summary

ABSCCESS OF URACHAL CYST BY S.AUREUS IN CHILDREN: A CASE REPORT

Urachal remnant diseases are a relatively uncommon malformations in children and may progress to malignancy in adulthood. Among them, umbilical cord cyst is the most common type. The symptoms of urachal cyst infection are often nonspecific, can be similar to acute appendicitis or other abdominal conditions, leading to poor diagnosis and complications such as sepsis, peritonitis due to rupture of urachal cyst into the abdomen. We report a case of a 6 years old girl presenting with high fever accompanied by a hot, red, swollen abscess in the umbilicus. The results of ultrasound

and computed tomography showed that the soft part of the abdominal wall had a mass suspected of a cystic abscess in the umbilicus; the abscess's pus culture showed *Staphylococcus aureus* infection. The patient's condition resolved with prescription of antibiotics and urachal cystectomy.

Keywords: Urachal cyst, *Staphylococcus aureus*, children.