

CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ NANG THẬN

- Đại cương
- Biểu hiện lâm sàng
- Chẩn đoán – Phân loại
- Điều trị
- Kết luận

ĐẠI CƯƠNG

- Thận là một trong những cơ quan có tỉ lệ dị tật dạng nang nhiều nhất trong cơ thể.
 - Bệnh sinh chưa được hiểu tường tận. Hiện các nhà khoa học đang đi sâu vào sinh học phân tử và gene để tìm hiểu nguyên nhân sinh bệnh.
 - Phân loại tổng quát của bệnh lý nang thận rất phức tạp, gồm những dạng di truyền và không di truyền, bẩm sinh hoặc mắc phải ...
-

Phân loại các bệnh lý nang thận

Glassberg & Filmer (1985), APP classification (1987)

- Genetic
 - Autosomal recessive (infantile) polycystic kidney disease
 - Autosomal dominant (adult) polycystic kidney disease
 - Juvenile nephronophthisis – medullary cystic disease complex
 - Juvenile nephronophthisis (autosomal recessive)
 - Medullary cystic disease (autosomal dominant)
 - Congenital nephrosis (familial nephrotic syndrome) (autosomal recessive)
 - Familial hypoplastic glomerulocystic disease (autosomal dominant)
 - Multiple malformation syndromes with renal cysts (e.g. tuberous sclerosis, von Hippel-Landau disease)
-

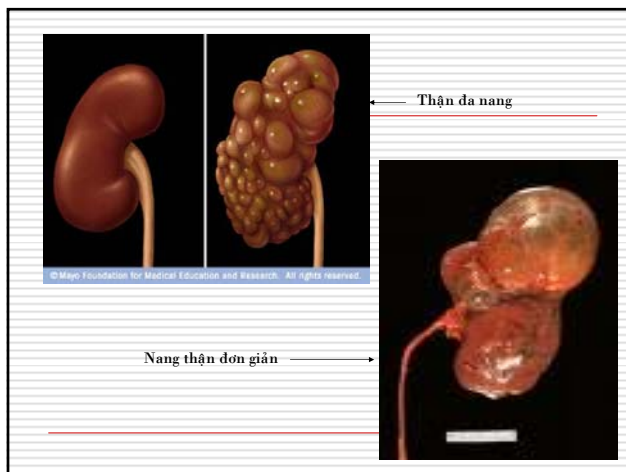
Phân loại các bệnh lý nang thận (tt)

Glassberg & Filmer (1985), APP classification (1987)

- Nongenetic
 - Multicystic (displastic) kidney
 - Benign multicystic cyst (cystic nephroma)
 - Simple cysts
 - Medullary sponge kidney
 - Sporadic glomerulocystic kidney disease
 - Acquired renal cystic disease
 - Calyceal diverticulum (pyelogenic cyst)
-

ĐẠI CƯƠNG (tt)

- Bài này đề cập chủ yếu đến **nang thận đơn giản (simple cyst)**: dạng phổ biến nhất trong các bệnh lý nang thận, với diễn tiến bệnh thường nhẹ nhàng và việc điều trị cũng tương đối đơn giản và hiệu quả.
- **Định nghĩa**: nang thận đơn giản – từ đây gọi tắt là nang thận - là nang riêng lẻ ở bên trong thận hay ở bề mặt thận, hình cầu hay bầu dục, bao bọc bên ngoài bởi lớp biểu mô một lớp gồm những tế bào hình khối vuông dẹt, bên trong chứa dịch trong hay màu vàng nhạt.
 - Mặc dù có lẽ phát sinh từ một phần của nephron, nhưng thực tế nang không liên quan đến bất cứ thành phần nào của nephron.



ĐẠI CƯƠNG (tt)

- **Suất độ**: khá cao và gia tăng theo lứa tuổi:
 - Kissane & Smith (1975): autopsy → 50% người trên 50 tuổi có nang thận.
 - Lausk và Mc Lachlan (1981): chụp cắt lớp vi tính → 20% người có nang thận ở tuổi 40, và 33% ở tuổi 60
- **Số lượng, kích thước**:
 - Có thể có một hay một số nang, có thể ở 1 hay 2 bên thận.
 - Từ < 1cm đến > 10 cm. Theo Tada (1983), đa số < 2 cm

CHẨN ĐOÁN

* Lâm Sàng

- Đa số b/n bị nang thận hầu như không có triệu chứng. Nhiều t/h được **phát hiện tình cờ** khi làm siêu âm, chụp X-quang hệ niệu hay chụp CT scan khi đi khám một bệnh lý nào đó ở vùng bụng, vùng chậu hay đường tiết niệu.
- Thường thì nang **phát triển rất chậm** theo thời gian:
 - Mc Hugh (1991): theo dõi 23 nang trên 22 trẻ sơ sinh → sau 5 năm, 17 nang (74%) hầu như không thay đổi kích thước.

* Lâm Sàng (tt)

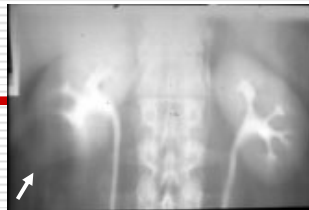
- Tuy nhiên, đôi khi nang thận cũng **gây triệu chứng**:
 - **Khối to** vùng hông (do kích thước nang quá lớn)
 - **Đau** vùng hông, hông lưng (do vỏ nang bị căng quá mức, hay do nang chèn ép làm căng chướng đài bể thận)
 - **Tiểu máu** (do nang vỡ vào đài bể thận)
 - **Cao huyết áp** (do nang chèn ép làm thiếu máu cục bộ chủ mô thận)

CHẨN ĐOÁN (tt)

* Cận lâm sàng

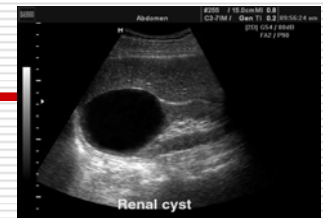
- Chẩn đoán chủ yếu dựa trên hình ảnh học:
 - **UIV**
 - **Siêu âm**
 - **CT scan**

UIV



- Cho hình ảnh gián tiếp: khối choán chỗ → chèn ép, đẩy dạt hệ đài bể thận
- Hạn chế: khó phân biệt khối choán chỗ là nang hay bướu → cần bổ sung = angiography
- Là XN hình ảnh học chủ yếu trước thập kỷ 1980s. Vẫn có giá trị nhằm đánh giá chức năng + hình ảnh của thận có nang và của thận bên kia

Siêu âm



- Là phương tiện phổ biến hiện nay, cho phép chẩn đoán và theo dõi hầu hết các trường hợp nang thận thông thường chưa có biến chứng
- Ưu điểm: thông dụng, nhanh chóng, rẻ tiền
- Loại trừ bướu thận, nhưng không chắc là nang không ác tính

Siêu âm (tt)

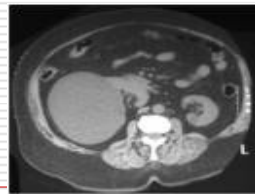
- Goldman & Hartman (1990) đưa ra các tiêu chuẩn giúp chẩn đoán nang thận lành tính dựa trên siêu âm:
 - Không có phần âm bên trong nang
 - Thành nang mỏng, rõ với bờ trơn láng và nét
 - Dẫn truyền tốt sóng âm xuyên qua nang và tầng âm phía sau nang
 - Hình cầu hoặc hơi oval

CT scan

- Khi không thoả các tiêu chuẩn siêu âm về nang lành tính (VD nang: có vách, bờ nang không đều, calci hoá, có những vùng nghi ngờ trong nang ...)
→ chỉ định khảo sát kỹ hơn bằng CT scan (hoặc đôi khi cần chọc hút nang hoặc làm MRI).

CT scan (tt)

- Tiêu chuẩn trên CT scan của nang thận lành tính cũng tương tự trên siêu âm (Glassberg, 2002):
 - Thành nang và bờ nang rõ nét, mỏng, trơn láng.
 - Hình cầu hoặc oval
 - Dịch chứa bên trong đồng nhất, đậm độ tương tự nước (-10 → +20 HU), không thấm thuốc cản quang sau khi tiêm.



CT scan (tt)

- Khi nang có đậm độ cao (20 – 90 HU): vẫn xem là lành tính khi không thấm thuốc cản quang và nếu các tiêu chuẩn lành tính khác trên CT và trên siêu âm vẫn thoả mãn.
- Bosniak (1986):
 - không thấy tổn thương bướu có đậm độ < 20 HU trên phim CT có tiêm thuốc cản quang
 - Nhưng có thể có nang lành tính có đậm độ > 20 HU

CHẨN ĐOÁN (tt)

* Phân loại Bosniak 1986

- I) Lành tính: độ xuyên thấu tốt; không có cản âm trong nang; vách nang mỏng, trơn láng, rõ nét
- II) Vẻ lành tính: có vách, có ít vôi hoá; đậm độ cao
- III) Nghi ngờ ác tính: nhiều vôi hoá, thành dày & không đều, vách quá dày ...
- IV) Ác tính: tổn thương đặc có nang bên trong, bờ không đều, có cấu trúc mạch máu



Figure 3. Hypodense cyst of the right kidney in a 50-year-old man with a dense cyst wall (case 5).

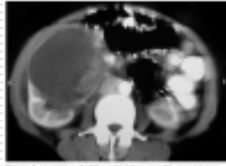


Figure 4. Hypodense cyst of the right kidney in a 60-year-old man with a complete sept (case 6).

ĐIỀU TRỊ

* Chỉ định ngoại khoa

- Nang thận lành tính không triệu chứng và không quá lớn: không cần can thiệp ngoại khoa
- Nang thận quá lớn ($d > 9$ cm) hoặc có triệu chứng (đau lưng do căng chướng vỏ nang hoặc do chèn ép dài bể thận, cao huyết áp do chèn ép mạch máu thận ...) → cần can thiệp ngoại khoa (thủ thuật hoặc phẫu thuật)

ĐIỀU TRỊ (tt)

* Các phương pháp điều trị ngoại khoa

- Chọc hút nang
- Phẫu thuật nội soi ổ bụng
- Phẫu thuật nội soi qua da (ít thông dụng)
- Mổ hở (trước kỹ nguyên PTNS, hiện nay ít làm)

ĐIỀU TRỊ (tt)

* Chọc hút nang

- **Chỉ định:** nang thận lành tính có triệu chứng không to lắm (< 9 cm)
- **Phương pháp:** chọc hút đơn thuần (dưới hướng dẫn của siêu âm) hoặc bổ sung = tiêm chất tạo xơ (ví dụ: cồn tuyệt đối, pantopaque, bismuth phosphate ...)
- **Nghiên cứu: rất nhiều báo cáo, cả có & không có chích xơ**
 - Holmberg & Hietala (1989):
 - + chọc hút đơn thuần: theo dõi sau 2 năm → 10% số b/n biến mất nang, số còn lại còn nang nhưng giảm kích thước tới 90% so với nang gốc
 - + chọc hút rồi bơm bismuth phosphat: theo dõi sau 3 – 4 năm → 44% biến mất nang, số còn lại còn nang với kích thước ~ 21% nang gốc

ĐIỀU TRỊ (tt)

* PT nội soi qua da

- **Chỉ định:** nang thận lành tính có triệu chứng, nhất là nang thận có thành nang calci- hoá (Bosniak II).
- **Phương pháp:** tương tự lấy sỏi qua da (PCNL), xuyên thích 1 trocar vào nang. Ưu điểm: có thể dùng dao điện cắt nang gồm cả vỏ nang (intrarenal marsupialisation).
- **Nghiên cứu:** chưa thông dụng, chưa có nhiều báo cáo (Hubner, 1990; Hulbert & Hunter, 1990)
 - Plas & Hubner (1993) có 10 t/h, theo dõi ~ 46 tháng → 50% biến mất nang, 30% tái phát, 20% giảm kích thước (~ 45% so với nang gốc)

ĐIỀU TRỊ (tt)

* PT nội soi ổ bụng (hoặc trước đây là mổ hở)

- **Chỉ định và phương pháp:**
 - Nang lành tính (Bosniak I & II) to (> 9 cm) và/hoặc có triệu chứng ; Nang lành tính tái phát & có triệu chứng sau chọc hút nang → **cắt chỏm nang**.
 - Nang nghi ngờ ác tính (Bosniak III) → thám sát, sinh thiết. Hướng xử trí tiếp theo sẽ **tùy theo kết quả GPB**.
 - Nang ác tính (Bosniak IV) → **cắt thận tận gốc**.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CHỚP NANG THẬN

- Mở đầu
- Kỹ thuật
- Kết quả phẫu thuật
- Tai biến – Biến chứng
- Bàn luận & Kết luận

MỞ ĐẦU

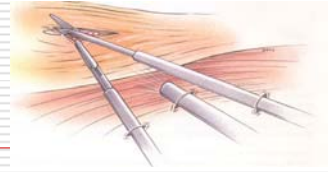
- Chỉ định ngoại khoa và các biện pháp can thiệp ngoại khoa đối với bệnh lý nang thận đã được đề cập ở phần trên → PTNS cắt chỏm nang thận được chỉ định trong:
 - Nang lành tính (Bosniak I & II), kích thước lớn và/hoặc có triệu chứng,
 - Nang tái phát, có triệu chứng sau chọc hút nang.
- Mổ hở với sẹo mổ dài để bộc lộ thận có vẻ không còn thích hợp trong thời đại PT ít xâm hại; chọc hút nang có tỉ lệ tái phát cao → **hiều PTV niệu khoa hiện nay ưa chuộng PT nội soi ổ bụng để cắt chỏm nang thận**.

KỸ THUẬT

- 2 đường vào chính:
 - **Xuyên PM (transperitoneal):** thuận lợi cho nang có vị trí ở mặt trước, cực trên-trước, cạnh bể thận
 - **Sau PM (retroperitoneal):** thuận lợi cho nang ở mặt sau, cực dưới, cực trên-sau

KỸ THUẬT (tt)

- Thường dùng 3 trocars:
 - 1 trocar 10 mm cho camera
 - 2 trocars (10 & 5 mm hoặc 5 & 5mm) dùng thao tác
 - Đôi khi cần trocar thứ 4 cho những t/h bệnh nhân quá mập hoặc vị trí nang quá sâu

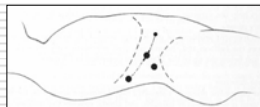
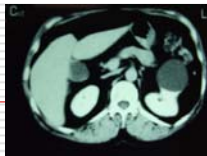


KỸ THUẬT (tt)

- Vị trí các trocars:

- **Ngả xuyên PM:** camera ở đường thẳng bên - ngang rốn. 2 trocars thao tác: 1 ở đường nách giữa - ngang rốn, 1 ở đường thẳng bên - dưới sườn.

- **Ngả sau PM:** camera ở đường nách sau - trên mào chậu, các trocar thao tác ở đường dưới sườn 12



KỸ THUẬT (tt)

- Bộc lộ nang thận:
 - **Ngả xuyên PM:** Hạ đại tràng vào khoang sau PM, qua lớp mỡ quanh thận để đến thận, bóc tách dần về phía nang thận.
 - **Ngả sau PM:** mốc là cơ thất lưng - chậu, qua cân Gerota tìm đến cực dưới thận, bóc tách về phía nang thận.
- Định vị nang thận trước mổ dựa trên CT scan rất quan trọng.
- Tìm dấu hiệu blue dome.
- Cố gắng bộc lộ rõ ranh giới giữa chủ mô và nang.

KỸ THUẬT (tt)

- Cắt chóp nang thận (*unroofing, decortication*):
 - Xẻ 1 lỗ nhỏ ở chóp nang, hút dịch cho xẹp nang.
 - Dùng kéo cắt quanh chu vi nang, cách chủ mô ~ 0,5 – 1 cm. Chú ý đừng cắt phạm chủ mô.
 - Đốt điện cầm máu mép nang (nếu được nên dùng bipolar để hạn chế tổn thương chức năng thận)

KỸ THUẬT (tt)

- Sau khi cắt nang thận:
 - Lấy toàn bộ chóp nang gửi GPB. T/h nghi ác tính cần lấy thêm những bệnh phẩm nghi ngờ (vách nang bờ không đều, vách nang sượng cứng calci-hoá)
 - Dịch nang nếu đục, nghi nhiễm trùng → cấy + KSD ; nếu nghi nang ác tính → XN tế bào
 - Làm sạch phẫu trường, dẫn lưu cạnh thận ở vị trí thấp và gần nang, rút các trocars và đóng vết mổ.

KỸ THUẬT (tt)

- Video minh họa



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

- Pearl (2000) tổng kết số liệu hơn 300 ca cắt chóp nang thận của nhiều tác giả:
 - Nhiều tác giả ưa thích ngã xuyên PM hơn ngã sau PM
 - Kích thước nang TB ~ 5 – 23 cm
 - Thời gian mổ TB ~ 122 phút cho nang ở ngoại vi (52 – 240 phút), nhưng ~ hơn 5 giờ cho nang cạnh bể thận
 - Lượng máu mất TB ~ 93 ml
 - T/g nằm viện TB ~ 2 ngày, t/g hồi phục ~ 7 ngày
 - Biến chứng gồm có: liệt ruột (1%), chảy máu (3%), rò nước tiểu (2%), dị cảm TK (1%) → tổng cộng ~ 7%, so với tỉ lệ 32% các biến chứng này nếu mổ hở.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT (tt)

- N.V.Ân, T.T.Phong (2005) 14 t/h nang thận mặt trước và/hoặc cực trên:
 - Cắt chóp nang thận ngả sau PM
 - Kích thước nang TB ~ 78,8 mm (48 – 130)
 - Thời gian mổ TB ~ 64 phút (30 – 120 phút).
 - Lượng máu mất TB ~ 13 ml (5 – 50)
 - T/g nằm viện TB ~ 3,2 ngày.
 - Tai biến - biến chứng ~ 0

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT (tt)

Tác giả	Năm	(n)	Thời gian mổ (phút)
Hoenig A.M	1997	1	310
Rassweiler J.J	1998	50	80
Hemal A.K	1999	16	60 – 130
Gaur DD	2002	3	90
TT Phong, NV Ân & cs	2005	50	58
NV Ân, TT Phong & cs	2005	14	64

TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG

- Tai biến trong mổ:
 - Thủng PM (đ/v đường sau PM): hơi CO₂ vào trong PM làm hẹp phần trường sau PM → nếu thao tác quá khó khăn cố gắng khâu lại PM, hoặc đặt thêm 1 trocar
 - Tổn thương cơ quan khác trong ổ bụng (đ/v đường xuyên PM)
 - Tổn thương chủ mô thận (thao tác không cẩn thận khi bộc lộ nang hay khi cắt chóp nang)
 - Tổn thương cuống thận (nang cạnh bể thận)

TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG (tt)

- Biến chứng sau mổ:
 - Chảy máu sau mổ. Thường do cắt mép nang hơi sâu phạm chủ mô và đốt viền nang không kỹ. (Thỉnh thoảng có t/h mất máu nặng phải mổ lại cầm máu).
 - Chảy dịch qua ống dẫn lưu kéo dài sau mổ: Coi chừng chẩn đoán lầm giữa nang thận và ứ nước cực bộ đài thận. (Nếu nghi ngờ: trước mổ nên soi BQ đặt thông NQ, trong lúc mổ bơm methylen blue ...)
 - Tụ dịch nhiễm trùng hốc thận (đ/v đường sau PM, dịch nang đục mà rút dẫn lưu quá sớm)

BÀN LUẬN & KẾT LUẬN

- Đa số các tác giả thích PTNS cắt chóp nang thận theo ngã xuyên PM (khoang mở rộng rãi, dễ thao tác, thuận tiện cho những vị trí khó như nang cạnh bể thận...)
 - Ngả sau PM: khoang phẫu thuật hẹp khiến cho thao tác khó khăn hơn. Tuy nhiên, một số tác giả (trong đó chúng tôi) cho rằng vì thận là cơ quan sau PM về nguyên tắc thì sẽ tốt hơn nếu có thể áp dụng PTNS ngã sau PM khi cắt chóp nang thận.
-

BÀN LUẬN & KẾT LUẬN (tt)

- Theo Hemal (1999), PTNS ngã sau PM có những thuận lợi sau:
 - Tiếp cận trực tiếp cơ quan niệu-dục nằm ở sau PM và không cần phải đi qua khoang PM và không cần phải hạ đại tràng
 - Tránh làm tổn thương các cơ quan trong PM
 - Tránh làm chảy dịch nang thận vào trong PM, tụ máu và tụy nước tiểu sau mổ cũng được khu trú ở khoang sau PM
 - Tránh nguy cơ tắc ruột hay thoát vị về sau
 - Thực hiện được trên những bệnh nhân có tiền căn mổ qua PM.
-

BÀN LUẬN & KẾT LUẬN (tt)

- Cho đến nay, phẫu thuật NSOB để điều trị nang thận đã được chấp nhận rộng rãi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Cả 2 ngã qua PM và sau PM đều được áp dụng và đều đem lại hiệu quả điều trị cao cũng như ít gây biến chứng.
-