

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH THẬN NIỆU QUẢN ĐÔI Ở TRẺ EM ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẢO TỒN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Thủy¹, Nguyễn Phương Thảo²

TÓM TẮT

Thận niệu quản đôi hoàn toàn là một trong những dị tật thường gặp của hệ tiết niệu. Triệu chứng lâm sàng đa dạng nhưng không đặc hiệu. Cần phối hợp cùng chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán xác định và theo dõi điều trị. Chỉ định phẫu thuật điều trị bệnh thận niệu quản đôi dựa vào tổn thương giải phẫu bệnh của từng bệnh nhân. Phẫu thuật bảo tồn điều trị bệnh thận niệu quản đôi ngày càng được quan tâm và nghiên cứu đánh giá. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh thận niệu quản đôi ở trẻ em được phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả trên 62 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn điều trị thận niệu quản đôi hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 – tháng 6/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/ nữ là 1/2,5. 71% bệnh nhân ở lứa tuổi dưới 20 tháng. Có 22,6% trường hợp không biểu hiện triệu chứng, 56,5% có biểu hiện nhiễm khuẩn tiết niệu. Trong nghiên cứu này 95,2% có giãn niệu quản đài bể thận đơn vị thận trên, 24,2% có trào ngược bàng quang – niệu quản. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu. Nhiều trường hợp cần can thiệp phẫu thuật từ khi chưa biểu hiện triệu chứng. 95,2% có giãn niệu quản đài bể thận đơn vị thận trên, 24,2% có trào ngược bàng quang – niệu quản. **Từ khóa:** phẫu thuật bảo tồn, thận niệu quản đôi hoàn toàn.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTIC OF COMPLETE URETERAL DUPLICATION IN CHILDREN WHO RECEIVED CONSERVATIVE SURGERY AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Complete duplication of the renal collecting system is a common congenital anomaly in the pediatric urological system. Clinical symptoms are diverse but not specific. It is necessary to coordinate with imaging diagnostics to confirm diagnosis and monitor treatment. The surgical intervention is determined based on the morphological characteristics of each patient's pathology. Conservative surgery to treat complete ureteral duplication is receiving increasing attention and research and evaluation **Objective:** Describe clinical and laboratory

characteristic of complete ureteral duplication in children who received conservative surgery at the national children's hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective analysis of 62 patients who underwent conservative surgery for complete duplication of the renal collecting system at the National Children's Hospital from January 2018 to June 2022. **Results:** The male-to-female ratio was 1:2.5. 22.6% did not have clinical symptoms, the most common clinical presentation was urinary tract infection, accounting for 56.5%. In this study, the main injury being dilation of the upper renal unit 95.2%, 24.2% had vesicoureteral reflux. **Conclusion:** The most common clinical symptom is urinary tract infection. Many cases require surgical intervention before symptoms appear. 95.2% dilation of the upper renal.

Keywords: complete ureteral duplication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận niệu quản đôi hoàn toàn là sự tồn tại hai hệ thống bể thận – niệu quản riêng rẽ đổ vào bàng quang ở các vị trí khác nhau ở cùng một bên thận. Đây là một trong những dị tật bẩm sinh thường gặp của hệ tiết niệu ở trẻ em, xảy ra ở khoảng 1% dân số và 10% trẻ em được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu¹. Ở nhiều bệnh nhân, dị tật này được phát hiện tình cờ, không có triệu chứng lâm sàng. Với sự phát triển của siêu âm chẩn đoán trước sinh, nhiều trường hợp thận niệu quản đôi đã được theo dõi và điều trị sớm từ khi chưa có triệu chứng lâm sàng, từ đó giảm các biến chứng và tăng tỉ lệ điều trị bảo tồn đơn vị thận². Thận niệu quản đôi (TNQĐ) hoàn toàn biểu hiện đa dạng về hình thái bệnh lý như giãn đài bể thận – niệu quản, trào ngược bàng quang – niệu quản, niệu quản lạc chỗ, túi sa niệu quản, hẹp khúc nối bể thận – niệu quản. Đây là nguyên nhân gây nên các triệu chứng lâm sàng như nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN), đái rị, đái khó, đau bụng... Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu, có thể kèm theo những rối loạn tiểu tiện. Các hình thái bệnh lý được khẳng định bằng chẩn đoán hình ảnh. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh sử dụng hiệu quả như siêu âm, xạ hình thận, cộng hưởng từ, chụp phim niệu đạo bàng quang ngược dòng, chụp niệu đồ tĩnh mạch,... Chỉ định phẫu thuật điều trị bệnh thận niệu quản đôi dựa vào hình thái bệnh lý của từng bệnh nhân, do vậy chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị bệnh thận

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenmaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024

niệu quản đôi. Mục đích của nghiên cứu này là mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn điều trị bệnh thận niệu quản đôi hoàn toàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các bệnh nhân thận niệu quản đôi hoàn toàn được phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 – tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán là thận niệu quản đôi hoàn toàn được phẫu thuật bảo tồn, hồ sơ, bệnh án nghiên cứu đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp có chức năng đơn vị thận tổn thương dưới 10%, đã được phẫu thuật điều trị bệnh thận niệu quản đôi trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả, theo dõi dọc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022 có 62 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn nghiên cứu, có 71,4% bệnh nhân là nữ, tỷ lệ nam/ nữ là: 1/ 2,5

- Tuổi trung vị là 10 tháng. Tuổi phẫu thuật nhỏ nhất là 1 tháng, lớn nhất là 144 tháng. Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 1 – 20 tháng chiếm 71% (44/62 bệnh nhân)

- Tất cả bệnh nhân đều được siêu âm trước sinh. Trong đó 80% phát hiện có bất thường hệ tiết niệu.

Bảng 3.1. Các đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân (n=62)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn tiết niệu	35	56,5
Đái rỉ	6	9,7
Đái khó	6	9,7
Đau bụng	11	17,7
Túi sa niệu quản ra ngoài	1	1,6
Không triệu chứng	14	22,6

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp là nhiễm khuẩn tiết niệu. Có 22,6% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng.

Bảng 3.2. Nhiễm khuẩn tiết niệu và giới, tuổi, bạch cầu máu

	Có NKTN	Không NKTN	p
Nam	8 bệnh nhân	10 bệnh nhân	0,098
Nữ	27 bệnh nhân	17 bệnh nhân	
Tuổi trung bình	16,1 tháng	28,6 tháng	0,075
Số lượng bạch cầu máu	10,1±2,9 G/l	11,6±4,3 G/l	0,11

Nhận xét: Không có sự khác biệt về NKTN

giữa các nhóm tuổi, giới, bạch cầu máu.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát: Nghiên cứu cho kết quả trong 35 bệnh nhân có triệu chứng nhiễm khuẩn tiết niệu, có 31,4% trường hợp bị nhiễm khuẩn tiết niệu nhiều lần.

Bảng 3.3. Tỷ lệ sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh	Chỉ định		Kết quả ghi nhận TNQĐ
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ	
Siêu âm	62	100%	59/62
Chụp niệu đồ tĩnh mạch	26	42,1%	26/26
Chụp cộng hưởng từ	39	62,9%	39/39
Chụp xạ hình thận	62	100%	61/62
Chụp bàng quang	42	67,7%	

Bảng 3.4. Đặc điểm hình thái của thận niệu quản đôi hoàn toàn

Đặc điểm hình thái	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giãn niệu quản đơn vị thận trên	59	95,2
Trào ngược bàng quang – niệu quản	15	24,2
Niêu quản lạc chỗ	6	9,7
Túi sa niệu quản	30	48,4
Hẹp khúc nối bể thận niệu quản ĐVTD	1	1,6

Nhận xét: Hình thái thường gặp nhất là giãn niệu quản đơn vị thận trên (ĐVTT) chiếm 95,2%. Túi sa niệu quản được phát hiện qua siêu âm, chụp XQuang và cộng hưởng từ, chiếm 48,4% các trường hợp. Có 42 trường hợp được chụp bàng quang ngược dòng phát hiện 24,2% trường hợp có trào ngược bàng quang – niệu quản, tất cả đều trào ngược vào đơn vị thận dưới (ĐVTD). Có 39 trường hợp được chụp cộng hưởng từ, phát hiện ra 9,7% trường hợp niệu quản lạc chỗ.

IV. BÀN LUẬN

- **Giới:** Hầu hết các báo cáo trong nước và trên thế giới đều ghi nhận bệnh lý thận niệu quản đôi hoàn toàn phổ biến ở nữ cao hơn rất nhiều so với ở nam. Tác giả Abdelhalim (2019)³ báo cáo tỉ lệ nam/nữ là 1/6,5; Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ là 1/3,7. Tuy nhiên các báo cáo cũng không giải thích sự chênh lệch về tỉ lệ nam/nữ ở bệnh nhân thận niệu quản đôi hoàn toàn. Như vậy sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với báo cáo của các tác giả khác.

- **Tuổi, cân nặng.** Báo cáo của các tác giả trong nước nghiên cứu các trường hợp TNQĐ hoàn toàn được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau thì ghi nhận nhóm tuổi nhỏ

chiếm đa số. Báo cáo của tác giả Bùi Hoàng Thảo (2014)⁵ có 53,3% là nhóm dưới 1 tuổi, báo cáo của tác giả Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ có 24% là trẻ dưới 1 tuổi. Có thể thấy trong các nghiên cứu gần đây, nhóm tuổi chiếm đa số ngày càng có xu hướng giảm. Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi phản ánh được xu thế phát hiện bệnh và điều trị sớm ở bệnh lý TNQĐ hoàn toàn. Kết quả cân nặng trung bình tương đồng và nhỏ hơn so với các nghiên cứu khác do tương quan với trung bình độ tuổi trong nhóm nghiên cứu nhỏ hơn so với các nghiên cứu khác.

- Chẩn đoán trước sinh. Với sự phát triển của siêu âm, tỷ lệ phát hiện sớm các dị tật hệ tiết niệu ngày càng tăng cao. Chẩn đoán sớm trước sinh có vai trò quan trọng trong điều trị, tác giả Savage² nghiên cứu vai trò của chẩn đoán trước sinh đối với dị tật thận niệu quản đối hoàn toàn đã khẳng định, tỉ lệ điều trị bảo tồn ở nhóm có siêu âm trước sinh cao hơn nhóm không được chẩn đoán trước. Một số nghiên cứu trong nước trong khoảng thời gian 2014 - 2021 cho tỉ lệ siêu âm chẩn đoán trước sinh còn thấp, từ 21,6%-39%^{4, 5}, đặc biệt thấp ở những nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật cắt đơn vị thận trên. Có thể thấy ở nghiên cứu này tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ nhiều hơn hẳn với những nghiên cứu ở Việt Nam những năm trước đây và những nghiên cứu về phẫu thuật cắt đơn vị thận trên, có thể giải thích bằng sự phát triển của siêu âm cũng như vấn đề chẩn đoán sàng lọc các dị tật trước sinh ngày càng được quan tâm. Điều này cũng ủng hộ quan điểm: Theo dõi siêu âm trước sinh làm tăng tỉ lệ bảo tồn đơn vị thận trên.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu. Nhiễm khuẩn tiết niệu là triệu chứng hay gặp nhất của thận niệu quản đôi hoàn toàn. Bất thường về vị trí của niệu quản dẫn tới bất thường về đường bài xuất làm cản trở lưu thông dòng tiểu trong hầu hết các trường hợp TNQĐ hoàn toàn. Đây được cho là nguyên nhân chính dẫn tới tình trạng NKTN¹. Báo cáo của các tác giả khác trong và ngoài nước như Bùi Hoàng Thảo⁵, Đỗ Mạnh Hùng⁴, Abdelhalim (2019)³ cũng xác nhận NKTN là biểu hiện chủ yếu của bệnh nhân bệnh thận niệu quản đôi hoàn toàn. Nhiễm khuẩn tiết niệu ở những bệnh nhân thận niệu quản đôi có thể tái phát nhiều lần nếu chưa can thiệp sửa chữa những bất thường giải phẫu. Nhiễm khuẩn tiết niệu là biểu hiện quan trọng cần phát hiện và sàng lọc sớm những dị tật hệ tiết niệu, đặc biệt ở những trẻ nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát nhiều lần. Cần nghiên cứu thêm về những yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu trong bệnh lý

thận niệu quản đôi hoàn toàn.

- Các triệu chứng khác. Triệu chứng rỉ tiểu liên tục là do lạc chỗ mầm niệu quản của ĐVTT nằm ở vị trí trên cơ thắt hay phần thấp của cơ thắt ngoài niệu đạo. Triệu chứng rỉ tiểu liên tục hầu hết gặp ở các bệnh nhân nữ giới¹. Một số trường hợp túi sa niệu quản một phần ở cổ bàng quang cũng có thể gây biểu hiện rỉ tiểu ở trẻ em¹. Nghiên cứu ghi nhận 9,7% trường hợp có biểu hiện đái rỉ. Kết quả này thấp hơn kết quả ghi nhận được ở hầu hết các nghiên cứu khác. Nghiên cứu ghi nhận 17,7% trẻ có biểu hiện đau bụng. Đau bụng xuất hiện từng đợt, đau âm ỉ, cảm giác thoáng qua, có thể kéo dài vài tháng, tăng dần, có hoặc không liên quan với đợt nhiễm khuẩn tiết niệu. Có 1 trường hợp túi sa niệu quản ra ngoài chiếm tỉ lệ 1,6%. Trường hợp này là bệnh nhân nữ, 2 tháng tuổi, vào viện vì NKTN nặng, siêu âm thấy giãn đài bể thận niệu quản ĐVTT và túi sa niệu quản kích thước lớn, trẻ được phẫu thuật nội soi mở túi sa niệu quản để giải phóng nhanh tình trạng tắc nghẽn nước tiểu. Trong mổ thấy túi sa niệu quản của niệu quản đổ lạc chỗ ở cổ bàng quang. Ở các nghiên cứu khác như Bùi Hoàng Thảo⁵ và Nguyễn Thanh Quang⁶ cũng ghi nhận tỉ lệ rỉ tiểu, đau bụng và TSNQ lộ ra ngoài tương tự báo cáo này.

Có 24 bệnh nhân được cấy nước tiểu. Trong đó có 6/24 (25%) mẫu xét nghiệm nước tiểu dương tính. Mẫu nước tiểu dương tính với E. Coli, Pseudomonas aeruginosa và Staphylococcus aureus. Đây cũng là các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn ở hệ tiết niệu chủ yếu được báo cáo bởi các tác giả trong nước khác^{5,6}. Tỉ lệ cấy nước tiểu dương tính thấp được cho rằng do việc sử dụng kháng sinh trước khi cấy hoặc các trường hợp NKTN đã được điều trị ổn định trước khi phẫu thuật.

- Siêu âm. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh đầu tay được sử dụng bởi sự hiệu quả và chi phí thấp, dễ áp dụng, không gây sang chấn. Siêu âm được sử dụng cho chẩn đoán trước sinh, chẩn đoán sơ bộ và theo dõi sau phẫu thuật. Siêu âm có thể thấy các hình ảnh: hệ thống thận đơn và thận đôi, hình ảnh giãn ĐBT, giãn niệu quản, tính chất nhu mô thận, xác định túi sa niệu quản và niệu quản lạc chỗ¹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đều được siêu âm chẩn đoán sơ bộ trước khi làm các thăm dò chẩn đoán hình ảnh khác. Có 3 trường hợp không phát hiện thận niệu quản đôi trên siêu âm mà phát hiện qua các cận lâm sàng khác và kết quả trong mổ, kết quả chẩn đoán đúng là 95,2%. Tỉ lệ này có phần cao hơn so với một số nghiên cứu gần đây trong và ngoài

nước. Các tác giả Bùi Hoàng Thảo (2014)⁵, Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ và Abdelhalim (2019)³ đã báo cáo tỉ lệ chẩn đoán đúng lần lượt là 89,7%, 82% và 83%.

- Chụp niệu đồ tĩnh mạch. Trong nghiên cứu này có 42,9% trường hợp được chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV). Cho tới hiện nay thì hầu hết các báo cáo của các tác giả trên thế giới như Abdelhalim (2019)³ và Mohamed (2014)⁷ đã không còn sử dụng UIV trong chẩn đoán các bệnh lý của hệ tiết niệu. Nghiên cứu trong nước gần đây có tác giả Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ báo cáo tỉ lệ chụp UIV cũng rất thấp, chỉ khoảng 21%.

Chụp cộng hưởng từ. Trong nghiên cứu này có 62,9% trường hợp được chụp MRI. Tỉ lệ chẩn đoán đúng bằng MRI là 100%. Tỉ lệ này giống với một số nghiên cứu gần đây như của tác giả Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ và cao hơn nhiều so với nghiên cứu trước đây như tác giả Bùi Hoàng Thảo (2014)⁵. Một số nghiên cứu trên thế giới như Riccabona (2002)⁸ cũng báo cáo tỉ lệ sử dụng cộng hưởng từ trong chẩn đoán các dị tật hệ tiết niệu là phổ biến từ rất sớm.

- Chụp bàng quang niệu quản ngược dòng. Đây gần như là phương pháp duy nhất phát hiện luồng trào ngược bàng quang – niệu quản. Nghiên cứu của chúng tôi có 42 bệnh nhân (67,7%) được chụp bàng quang ngược dòng. Ghi nhận 15 trường hợp có trào ngược bàng quang – niệu quản chiếm 33,3%, tất cả đều trào ngược vào đơn vị thận dưới. Mức độ trào ngược và niệu quản bị trào ngược rất quan trọng để lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân.

- Xạ hình thận. Xạ hình thận chức năng cho phép xác định chính xác chức năng từng đơn vị thận thông qua đo mức lọc cầu thận của từng đơn vị thận, từ đó cho phép lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp¹. Chụp xạ hình thận đã được ứng dụng phổ biến trên thế giới trong chẩn đoán các bệnh lý của thận và hệ tiết niệu, nhưng mới được áp dụng phổ biến tại Việt Nam trong vài năm gần đây. Trong những nghiên cứu trước đây, tỉ lệ sử dụng xạ hình thận trong chẩn đoán từ 0-19%, gần đây nghiên cứu của tác giả Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ và báo cáo của Nguyễn Thanh Quang (2021)⁶ đã ứng dụng 100% chụp xạ hình thận và cho tỉ lệ chẩn đoán đúng rất cao. Trong nghiên cứu này 100% các trường hợp được chụp xạ hình thận, trong đó 61/62 trường hợp được chẩn đoán đúng hình ảnh thận niệu quản đôi hoàn toàn, có tỉ lệ chẩn đoán đúng thận niệu quản đôi rất cao. Xạ hình thận được sử dụng sau mổ như là phương pháp trực tiếp xác định hiệu quả cải thiện về chức

năng thận của bệnh nhân. Có thể xem xét chụp xạ hình thận cho tất cả các bệnh nhân theo dõi sau mổ.

- Các hình thái bệnh lý. Có 95,2% trường hợp giãn niệu quản đài bể thận đơn vị thận trên. Nguyên nhân có thể do tắc nghẽn niệu quản hoặc do trào ngược bàng quang niệu quản. Có 3 trường hợp không giãn niệu quản đơn vị thận trên gồm: 1 trường hợp hẹp khúc nối bể thận niệu quản đơn vị thận dưới, 1 trường hợp trào ngược bàng quang – niệu quản gây giãn niệu quản và đài bể thận ĐVTD và giảm chức năng ĐVTD trong khi ĐVTT không bị tổn thương, 1 trường hợp niệu quản ĐVTT lạc chỗ gây đá rí và không giãn niệu quản đài bể thận. Ghi nhận này phù hợp giữa triệu chứng lâm sàng và hình thái tổn thương của thận niệu quản đôi.

Trong nghiên cứu này hay gặp nhất là túi sa niệu quản chiếm 48,4% và chỉ ghi nhận 9,5% niệu quản lạc chỗ. Một số nghiên cứu nước ngoài chỉ ra rằng tỉ lệ tổn thương gặp nhiều nhất là niệu quản lạc chỗ: Abdelhalim (2019)³ báo cáo 40% bệnh nhân có niệu quản lạc chỗ. Tác giả Đỗ Mạnh Hùng (2021)⁴ và tác giả Bùi Hoàng Thảo⁵ cũng báo cáo lần lượt là 70% và 18% niệu quản lạc chỗ. Có sự khác biệt này có thể do nhóm đối tượng của các nghiên cứu khác nhau. Niệu quản lạc chỗ thường đi kèm loạn sản thận, đơn vị thận có niệu quản lạc chỗ (thường là đơn vị thận trên) có thể dẫn đến mất chức năng hải cắt bỏ đơn vị thận trên¹. Nghiên cứu này chúng tôi tập trung vào nhóm còn chức năng đơn vị thận trên có thể bảo tồn.

Tỷ lệ trào ngược bàng quang – niệu quản ở các báo cáo về TNQĐ hoàn toàn có sự khác nhau ở các nghiên cứu. Tác giả Bùi Hoàng Thảo báo cáo tỉ lệ này là 5,2%, Abdelhalim (2019)³ là 40,7%.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu. Nhiều trường hợp cần can thiệp phẫu thuật từ khi chưa biểu hiện triệu chứng. Siêu âm và xạ hình thận có giá trị quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi. Chụp niệu đồ tĩnh mạch hiện ít được sử dụng. Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng xác định luồng trào ngược bàng quang niệu quản. Phổi hợp lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán xác định, tùy thuộc hình thái bệnh lý để chỉ định phương pháp điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kenneth G. Nepple HMS.** Ureteral Duplication, Ectopy, and Ureteroceles. In: Pediatric Urology. Saunders Elsevier; 2010:337-352.

- Van Savage JG, Mesrobian HG.** The impact of prenatal sonography on the morbidity and outcome of patients with renal duplication anomalies. *J Urol.* 1995;153(3):768-770.
- Abdelhalim A, Chamberlin JD, Truong H, et al.** Ipsilateral ureteroureterostomy for ureteral duplication anomalies: predictors of adverse outcomes. *J Pediatr Urol.* 2019;15(5):468.e1-468.e6. doi:10.1016/j.jpuro.2019.05.016
- Đỗ Mạnh Hùng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt đơn vị thận trên mất chức năng trong điều trị thận niệu quản đôi hoàn toàn ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;502.
- Bùi Hoàng Thảo.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật thận niệu quản đôi ở trẻ em tại khoa phẫu thuật nhi BV Việt Đức. *Luận văn bảo vệ thạc sĩ y học.* 2014; 50-80
- Nguyễn Thanh Quang, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Thanh Liêm.** Kết quả điều trị thận niệu quản đôi bằng phương pháp nối niệu quản niệu quản có nội soi sau phúc mạc sử dụng 1 trocar hỗ trợ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 137:16-23.
- Mohamed Abou El-Ghar HRea.** Diagnosing urinary tract abnormalities: intravenous urography or CT urography? *Reports in Medical Imaging.* 2014;1(13):55-63.
- Riccabona M, Simbrunner J, Ring E, Ruppert-Kohlmayr A, Ebner F, Fotter R.** Feasibility of MR urography in neonates and infants with anomalies of the upper urinary tract. *Eur Radiol.* 2002;12(6):1442-1450.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ 3.0 TESLA TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Đình Minh¹, Vũ Ngọc Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ 3.0 Tesla (CHT 3.0T) của ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL). **Phương pháp nghiên cứu:** 25 bệnh nhân (BN) được chụp CHT 3.0T tuyến tiền liệt từ 03/2023 - 10/2023 có kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết/ phẫu thuật là UTTTL. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các BN là 72,6 ± 6,6 (từ 59 đến 82 tuổi). Tổng số thu được 89 tổn thương trên hình ảnh CHT 3.0T. Trên T2W, tất cả 44 (100%) tổn thương ở vùng chuyển tiếp và 42 (93,3%) tổn thương ở vùng ngoại vi giảm tín hiệu (p = 0,3). Mặt khác, có 64 (72%) tổn thương là đồng nhất và 23% là không đồng nhất trên T2W (p < 0,05). Trên xung khếch tán (DWI), tỉ lệ UTTTL ở vùng ngoại vi và chuyển tiếp có hạn chế khuếch tán lần lượt là 38 (84,4%) và 37 (84,1%) (p = 1). Sau tiêm đối quang tử (DCE), tỉ lệ ngấm thuốc sớm của UTTTL ở vùng ngoại vi là 42,2%, cao hơn so với vùng chuyển tiếp là 15,9% (p < 0,05). Dấu hiệu xâm lấn bao gồm vỏ tuyến là 14 BN (56%), thành bàng quang là 12 BN (48%), túi tinh là 18 BN (72%). Di căn hạch tiểu khung là 13 BN (52%) và di căn xương có 3 BN (12%). Tỷ lệ phân bố theo điểm PI-RADS v.2.0 là PIRADs I và II (0%), PIRADs III là 4 BN (16%), PIRADs IV là 9 BN (36%) và PIRADs V là 12 BN (48%). **Kết luận:** Các dấu hiệu hình ảnh trên CHT 3.0T là đáng tin cậy trong chẩn đoán UTTTL.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt; cộng hưởng từ 3.0 Tesla, CHT 3.0T.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF 3.0-T MRI IN PROSTATE CANCER

Objective: To study the imaging features of 3.0-T MRI in prostate cancer (PCa). **Methods:** 25 patients (Pts) underwent prostate 3.0-T MRI from 03/2023 to 10/2023, with post-biopsy/surgical pathology confirming PCa. **Results:** The mean age of Pts was 72.6 ± 6.6 (range 59 to 82 years). The total number of detected lesions on 3.0-T MRI was 89. On T2-weighted imaging (T2W), all 44 (100%) lesions in the transition zone and 42 (93.3%) lesions in the peripheral zone showed hypointensity (p = 0.3), however, 64 (72%) lesions were homogenous, and 23% were heterogeneous (p < 0.05). On diffusion-weighted imaging (DWI), the restricted diffusion in the peripheral and transition zones indicated PCa in 38 (84.4%) and 37 (84.1%) lesions, respectively (p = 1). After dynamic contrast-enhanced (DCE) imaging, the early enhancement rate in the peripheral zone was 42.2% lesions, higher than in the transition zone at 15.9% (p < 0.05). Invasion signs included capsule interruption in 14 Pts (56%), bladder wall invasion in 12 Pts (48%), seminal vesicle invasion in 18 Pts (72%). Pelvis node extension was observed in 13 Pts (52%), and bone in 3 Pts (12%). The distribution according to Prostate Imaging-Reporting and Data System (PI-RADS) v.2.0 scores were PIRADs I and II (0%), PIRADs III in 4 Pts (16%), PIRADs IV in 9 Pts (36%), and PIRADs V in 12 Pts (48%). **Conclusion:** The imaging features on 3.0-T MRI are reliable in diagnosing prostate cancer.

Keywords: Prostate cancer, 3.0-T MRI, 3.0-Tesla magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là bệnh thường gặp ở nam giới, đứng thứ 6 về tỉ lệ tử vong với khoảng 350.000 người/ năm (1). Ở Việt

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024