NỘI SOI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TỒN TẠI ỐNG PHÚC TINH MẠC Ở TRẺ EM

Lê Văn Khen

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá sự an toàn và tính khả thi của nội soi hỗ trợ đóng lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu tất cả bệnh nhân chẩn đoán tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em dựa trên lâm sàng và siêu âm. Ứng dụng kỹ thuật nội soi hỗ trợ đóng lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc.

Kết quả: *8*39 bệnh nhân, 63 bệnh nhân tồn tại ống phúc tinh mạc 2 bên (7,5%), 1 bên 776 trường hợp (92,5%), trong đó có 245/776 bệnh nhân phát hiện còn tồn tại ống phúc tinh mạc bên đối diện trong mổ (31,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình 12,6 phút (10,2 phút bệnh lý 1 bên, 15,8 phút bệnh lý 2 bên). Thời gian nằm viện sau mổ từ 1 đến 3 ngày, trung bình 1,5 ngày. Không có biến chứng chảy máu, tổn thương tạng trong ổ bụng, nhiễm trùng, theo dõi bệnh nhân trong vòng 09 đến 36 tháng không phát hiện trường hợp nào tái phát.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hỗ trợ đóng lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em có tính khả thi với ưu điểm an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ.

Từ khóa: Ống phúc tinh mạc ở trẻ em, nội soi hỗ trợ

ABSTRACT

Laparoscopic-assisted treatment for pathological existence processus vaginalis peritonei in children.

Objective: Study aimed to assess the safety and feasibility of the Laparoscopic-assisted percutaneous extraperitoneal closure treatment for Pathological existence Processus vaginalis peritonei in children.

Materials and method: Prospective study, all patients that were diagnosed with inguinal Pathological existence Processus vaginalis peritonei based on clinical and ultrasound. Treated with Laparoscopic-assisted percutaneous extraperitoneal closure.

Results: In 839 patient: 63 bilateral existence Processus vaginalis peritonei (7,5%), 776 unilateral existence Processus vaginalis peritonei (92,5%), in which 245/776 unilateral existence Processus vaginalis peritonei were diagnosed with contralateral existence Processus vaginalis peritonei by laparoscopic (31,5%). The mean surgical time was 12,6 minutes (10,2 munites with unilateral existence Processus vaginalis peritonei, 15,8 munites with bilateral existence Processus vaginalis peritonei). Hospital stay duration post-sugery from 01 to 03 day, the mean

duration 1.5 day. No cases of complication: Bleeding, infection, damageable organ in abdomen. Post-operation follow up 09 to 36 months: no recurrence.

Conclusion: Laparoscopic-assisted percutaneous extraperitoneal closure treatment for Pathological existence Processus vaginalis peritonei in children is safe, feasible, effective and aesthetic methods.

Keywords: Processus vaginalis peritonei in children, Laparoscopic-assisted

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

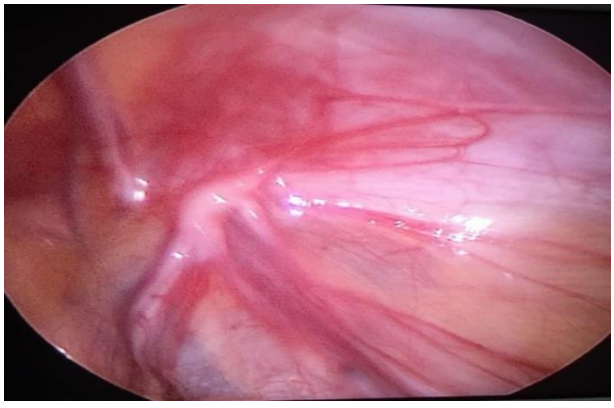
Phẫu thuật điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em là một trong những phẫu thuật thường gặp nhất trong nhi khoa. Qua nhiều thập kỷ, phẫu thuật nội soi đã phát triển rõ rệt và dần thay thế phương pháp mổ mở trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em. Phương pháp hỗ trợ qua nội soi và đóng ống phúc tinh mạc ngoài ổ bụng bằng kim Touhy là một trong những phương pháp đơn giản nhất và đáng tin cậy [1]. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của sự an toàn và tính khả thi của phương pháp phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em.

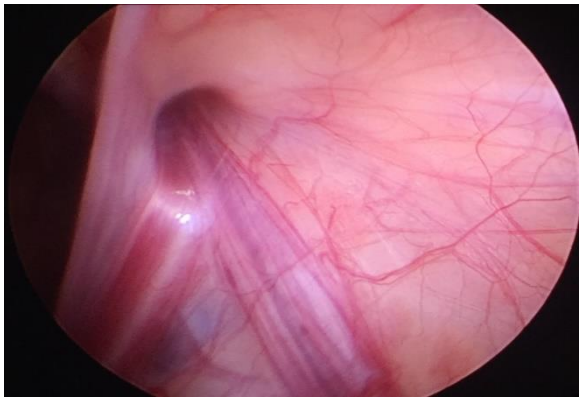
2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc dựa vào lâm sàng và siêu âm.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca

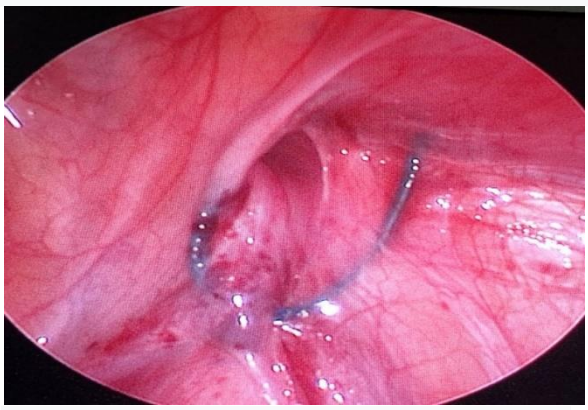
Cách tiến hành: Bệnh nhân ở tư thế nằm ngữa và được gây mê nội khí quản, vào ổ bụng với duy nhất 01 trocar # 2mm ở vùng rốn (Hình 7), bơm CO_2 vào ổ bụng với áp lực từ 8 đến 10 mmHg. Thông qua trocar rốn dùng máy nội soi kiểm tra sự tồn tại của ống phúc tinh mạc 02 bên (Hình 1, Hình 2) và giám sát toàn bộ quá trình đóng lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc. Dùng kim Touhy luồn quanh chu vi lỗ bẹn sâu (chú ý: bó mạch thừng tinh và ống dẫn tinh đối với bé trai) (Hình 3). Dùng chỉ không tan Silk 2.0 buộc 02 vòng lỗ bẹn sâu (Hình 4, Hình 7). Sử dụng kim luồn số 20 để hút dịch trong những trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn hay nang thừng tinh (Hình 5). Khâu da vị trí trocar rốn và vị trí đâm kim bên ngoài lỗ bẹn sâu (Hình 6). Hậu phẫu chỉ sử dụng 1 đến 2 liều giảm đau bằng paracetamol và không sử dụng kháng sinh.



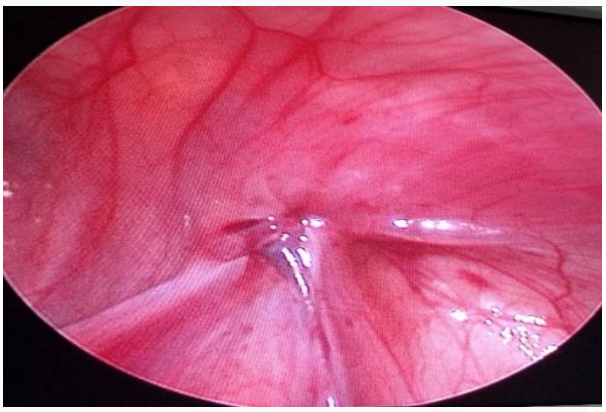


Hình 1. Ống phúc tinh mạc bên phải đóng kín tự nhiên của bé trai 3 tuổi

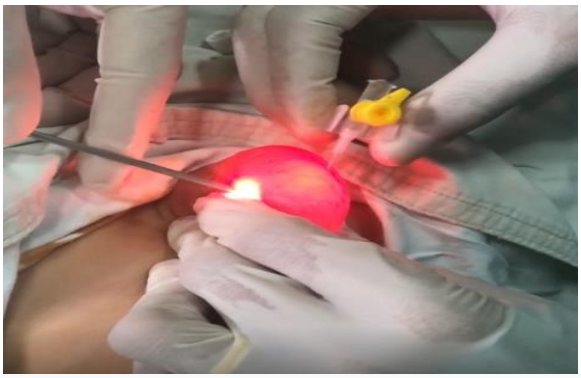
Hình 2. Sự tồn tại ống phúc tinh mạc bên phải của bé trai 3 tuổi



Hình 3. Dùng kim luồn quanh lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc bên phải của bé trai 3 tuổi



Hình 4. Dùng chỉ Silk 2.0 buộc 2 vòng lỗ bẹn sâu bên phải của bé trai 3 tuổi



Hình 5. Kim luồn số 20 lấy dịch trong tràn dịch màng tinh hoàn trái của bé trai 4 t uổi



Hình 6. Lỗ trocar rốn và nơi chọc kim cột lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc bé trai 30 tháng



Hình 7. Vị trí trocar và dùng 02 vòng chỉ Silk 2.0 buộc OPTM bên phải của bé trai 3 tuổi

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 01 năm 2022, có tổng số 839 trẻ được điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi hỗ

trợ. Trong 839 bệnh nhân của chúng tôi, 672 (80,1%) là nam và 167 (19,9%) là nữ. Tuổi của bệnh nhân từ 3 tháng tới 180 tháng. Trung bình độ tuổi là 48,6 tháng. Bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc 02 bên được chẩn đoán trước mổ 63 trường hợp (7,5%), 01 bên 776 trường hợp (92,5%), trong đó có 245/776 trường hợp phát hiện còn tồn tại ống phúc tinh mạc bên đối diện trong mổ (31,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình cho bệnh nhân tồn tại ống phúc tinh mạc 01 bên là 10,2 phút (nhanh nhất 5 phút, chậm nhất 20 phút), 02 bên là 15,8 phút (nhanh nhất 10 phút, chậm nhất 30 phút). Thời gian nằm viện sau mổ từ 1 đến 3 ngày, trung bình 1,5 ngày. Không có biến chứng chảy máu, tổn thương tạng trong ổ bụng, nhiễm trùng, theo dõi bệnh nhân trong vòng 09 đến 36 tháng không phát hiện trường hợp nào tái phát.

4. THẢO LUẬN

Với tính thẩm mỹ không để lại sẹo sau phẫu thuật nội soi là phương pháp được yêu chuộng nhất. Các kỹ thuật của phẫu thuật nội soi tiếp cận tối thiểu cho bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em đã được nhiều Bác sĩ phẫu thuật trên thế giới nghiên cứu áp dụng, và họ tiếp tục phát triển, với xu hướng tăng cường sử dụng cột lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc và giảm sử dụng các cổng làm việc của dụng cụ nội soi. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ buộc lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc đã đạt được mục đích xâm lấn tối thiểu trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em. Lợi thế tiềm năng của phương pháp nội soi hỗ trợ bao gồm cải thiện kết quả thẩm mỹ, giảm đau sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian phẫu thuật và đặc biệt là kiểm tra được sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bên đối diện mà lâm sàng chưa biểu hiện tránh được nguy cơ một cuộc phẫu thuật thứ hai cho bé [3], và tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao (31,5%). Ngoài ra, còn một lợi thế rất lớn đối với phương pháp nội soi hỗ trợ là kiểm tra được tình trang thiếu máu cục bộ của các tạng thoát vị trong những trường hợp thoát vị bẹn nghẹt [4]. Chỉ có một vết thương nhỏ ở rốn và một vết điểm đâm khác, kết quả thẩm mỹ là nổi bật. Tất cả người nhà của bé đều hài lòng với kết quả không có sẹo sau phẫu thuật [1]. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên gần đây so sánh hơn 62 bệnh nhân nam được phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em có thời gian phẫu thuật ngắn hơn so với mổ mở, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [5]. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi cũng gần với thời gian phẫu thuật trung bình của các tác giả khác. So với phương pháp phẫu thuật thông thường nội soi hỗ trợ cột lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc hoàn toàn chiếm ưu thế. Nhưng, về mặt kỹ thuật đòi hỏi Bác sĩ phẫu thuật phải có nhiều kinh nghiệm vì phải làm việc trong một không gian rất nhỏ [6]. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cột lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc an toàn hơn, rủi ro giảm, thời gian nằm viện được rút ngắn, phục hồi sau mổ nhanh, trẻ được xuất viện về nhà sớm như mọi đứa trẻ bình thường khác [7]. Theo nghiên cứu của một số tác giả, tuổi bệnh nhân dường như không phải là một giới hạn cho việc sử dụng kỹ thuật này. Yury Kozlov

và cộng sự thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn trong số 260 bệnh nhân, trường hợp nhỏ nhất là 3 tháng tuổi [2]. Trong nghiên cứu của Felix Schier là 48 bé gái và 81 bé trai, tuổi từ 3 tuần đến 13 tuổi [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi đã không nhận thấy khó khăn cho bệnh nhân nhỏ tuổi, tuổi bệnh nhân không làm hạn chế cho kỹ thuật này. Tái phát có lẽ là vấn đề quan trọng nhất cần xem xét khiến các bác sĩ phẫu thuật trì hoãn áp dụng phương pháp nội soi. Tỷ lệ tái phát trong một số nghiên cứu là cao hơn so với phương pháp mổ mở nó làm cho người nhà và bệnh nhân rất thất vọng và làm tăng thêm quan điểm tiềm năng của một số Bác sĩ phẫu thuật nếu mổ mở tỉ lệ tái phát sẽ thấp hơn [9]. Tuy nhiên, cũng có nhiều báo cáo cho rằng không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tái phát giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở. Một báo cáo hồi cứu 884 bệnh nhân tìm thấy tỷ lệ tái phát là 3% [8]. Một đánh giá khác về nội soi điều trị thoát vị bẹn trẻ em xác định tỉ lệ tái phát (1,5%) theo dõi 2 năm [10]. Tỉ lệ tái phát của 125 bệnh nhân được mổ nội soi (0,8%), và 2,4% của 125 bệnh nhân được mổ mở [5]. Phân tích tổng hợp báo cáo duy nhất được xác định ba thử nghiệm ngẫu nhiên và bốn thử nghiệm nghiên cứu quan sát để lấy 1.543 trường hợp được phẫu thuật nội soi và 657 được mổ mở để so sánh. Kết quả cho thấy tỷ lệ tái phát không khác nhau giữa hai phương pháp điều trị bằng phẫu thuật nội soi hay mổ mở [10]. Trong 839 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tái phát có lẽ thời gian theo dõi chưa đủ dài. Nhưng chúng tôi nghĩ có sự tương quan với kỹ thuật mổ và dùng chỉ Silk 2.0 buộc 02 vòng quanh lỗ bẹn sâu nó sẽ chắc chắn hơn so với dùng chỉ propylene 2.0 nhưng chỉ buộc 01 vòng. Mặc khác, chi phí cho 02 loại chỉ đó cũng chênh lệch nhau rất lớn.

5. KẾT LUẬN

Nội soi hỗ trợ cột lỗ bẹn sâu ngoài phúc mạc trong điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em có thể là một sự thay thế hiệu quả cho phương pháp mổ mở. Vì, tính khả thi cao, an toàn, thẩm mỹ, rút ngắn thời gian phẫu thuật cũng như thời gian nằm viện. Đặc biệt, phát hiện sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bên đối diện trong lúc phẫu thuật mà mổ mở không thực hiện được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xi HW, Duan WQ, Cui QQ, You ZH, Zhao Z, Zhang P. Transumbilical Single-Site Laparoscopic Inguinal Hernia Inversion and Ligation in Girls. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 2015;25(6): 522-25.
2. Kozlov Y, Novozhilov V. Technology of Single-Incision Laparoscopic Surgery in Treatment of Inguinal Hernia in Small Babies. Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques, 2015; 25(6): 526-30.
3. Harrison MR, Lee H, Albanese CT, Farmer DL. Subcutaneous endoscopically assisted ligation (SEAL) of the internal ring for repair of inguinal hernias in children: a novel technique. Journal of pediatric surgery, 2005; 40(7): 1177-80.
4. McClain L, Streck C, Lesher A, Cina R, Hebra A. Laparoscopic needle-assisted inguinal hernia repair in 495 children. Surgical endoscopy, 2015; 29(4): 781-

86.
5. Shalaby R, Ibrahem R, Shahin M, Yehya A, Abdalrazek M, Alsayaad I, et al. Laparoscopic hernia repair versus open herniotomy in children: A controlled randomized study. Minim Invasive Surg. 2012; 2012: 484135.
6. Esposito C, St. Peter SD, Escolino M, Juang D, Settimi A, Holcomb III GW. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in pediatric patients: a systematic review. Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques, 2014;24(11): 811-18.
7. Kaya M, Hückstedt T, Schier F. Laparoscopic approach to incarcerated inguinal hernia in children. Journal of pediatric surgery, 2006; 41(3): 567-69.
8. Schier F. Laparoscopic surgery of inguinal hernias in children—initial experience. Journal of pediatric surgery, 2000; 35(9): 1331-35.
9. Yang C, Zhang H, Pu J, Mei H, Zheng L, Tong Q. Laparoscopic vs open herniorrhaphy in the management of pediatric inguinal hernia: a systemic review and meta- analysis. Journal of pediatric surgery, 2011;46(9), 1824-34.
10. Yang C, Zhang H, Pu J, Mei H, Zheng L, Tong Q. Laparoscopic vs open herniorrhaphy in the management of pediatric inguinal hernia: a systemic review and meta- analysis. Journal of pediatric surgery, 2011;46(9): 1824-34.