

THAI KỲ TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ ĐƯỢC TẠO HÌNH BẰNG QUANG BẰNG RUỘT

Nguyễn Văn Ân (BV Bình Dân)
Vũ Bích Hải (BV Từ Dũ)
*Hội nghị Sản Phụ Khoa Châu Á – TBD
(Tp. Hồ Chí Minh – 2012)*

- Đã có tài liệu nói về vấn đề này trong y văn thế giới, nhưng không nhiều:
 - Hill (1990) → 15 t/h (10 t/h sinh thường và 5 t/h sinh mổ)
 - Norris (1995) → 1 t/h sinh thường lúc thai 36 tuần
 - Yamazaki (1997) → 1 t/h mổ bắt con lúc 32 tuần
 - Akihisa (2002) → 2 t/h sinh thường lúc 36 tuần
 - Natarajan (2002) → 2 ca đều sinh mổ lúc 38 & 37 tuần
 - Shaikh (2006) → 1 t/h mổ bắt con lúc 36 tuần(các tác giả này đều 1 – 2 t/h)
- Hautmann và Volkmer (2007) khảo sát công phu nhất → tập hợp trong y văn đến 252 t/h thai kỳ trên 188 sản phụ có tiền căn THBQBR.

Giới thiệu

- Những phụ nữ đã được tạo hình BQ bằng ruột nếu còn trẻ tuổi thì vẫn có thể mang thai.
- Vấn đề là: thai kỳ trên phụ nữ đã THBQBR có bị ảnh hưởng không, và lúc chuyển dạ có bị nguy cơ không ?

Bệnh án

- Liêu Thị Ngọc H., sinh 1974
- Phạm Thị L., sinh 1980
- Tô Thị T., sinh 1985

Bệnh án 1

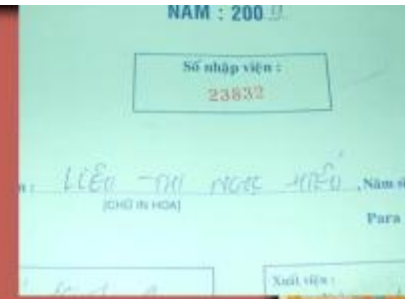
B/n Liêu Thị N.H. sinh 1974
SHS (bv Bình Dân = 202/9685)

- Năm 1997 (23 tuổi), b/n được mổ u màng nhện tủy tại BV Chợ Rẫy, sau đó liệt hai chân và tiểu không kiểm soát.
- Năm 2002 (28 tuổi), được phẫu thuật MRBQBR với chẩn đoán BQTK co thắt, biến chứng ứ nước độ III hai thận, sỏi thận (P), suy thận nhẹ (US = 8.4 mmol/l, Creat = 164 micromol/l).

Voiding Cystography →



B/n Liêu Thị N.H. (tt)
SNV (bv Từ Dũ) =
23832/2009



- Đến năm 2005 thì thể trạng ổn định với 2 thận ứ nước độ I và chức năng thận trong giới hạn bình thường. Được tán sỏi NCT / sỏi thận (P)
- Lấy chồng năm 2008 (34 tuổi) và có thai.
- Diễn tiến thai kỳ bình thường. Được chúng tôi theo dõi thường xuyên cùng các bác sĩ bv Từ Dũ
- Lúc thai 36 tuần được chủ động mổ bắt con tại bv Phụ Sản Từ Dũ (tháng 6/2009). Con 3,2 kg. Cả mẹ và con đều khoẻ mạnh sau mổ.

Video clip



B/n Liêu Thị N.H. (tt)



Bệnh án 2:

B/n Phạm Thị L., sinh 1980
SHS (bv. Bình Dân) = 207/11811

- 1 Được chẩn đoán BQTK không do nguyên nhân TK (Non-neurogenic Neurogenic Bladder), có biểu chứng ứ nước độ II-III thận (P).
- 2 Không yếu liệt chân. Lấy chồng năm 2005, lúc 25 tuổi.
- 3 Được phẫu thuật tháng 7/2007: MRBQBR + cầm lại NQ (P) + Tạo van chuyển lưu pp Mitrofanoff bằng ruột thừa nhằm làm giảm trương lực BQ và cải thiện tình trạng ứ nước thận.



B/n Phạm Thị L. (tt)

- 1 Sau mổ 1 năm thì có thai. Lúc này thận (T) → chức năng tốt, thận (P) ứ nước độ I phân tiết hơi kém, chức năng thận trong giới hạn bình thường
- 2 Sức khỏe của sản phụ và thai nhi ổn định trong lúc mang thai
- 3 Được chúng tôi theo dõi và thông báo cho các BS sản bv Hùng Vương
- 4 Tháng 2/2009 đã chuyển dạ sớm lúc thai 32 tuần tại bv Hùng Vương → sinh qua ngã tự nhiên, con 2,3 kg. Mẹ và con khỏe mạnh sau sinh.



Bệnh án 3:

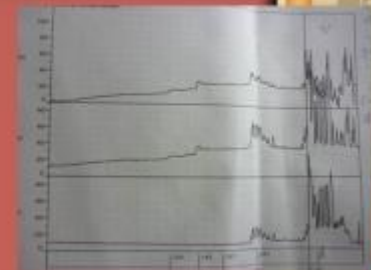
Tô Thị T., sinh năm 1985,
SHS (bv Bình Dân) = 210/7780

- 1 Được chẩn đoán bằng quang thần kinh cơ thắt gây biến chứng ứ nước nhẹ hai thận.
- 2 Bệnh nhân đi đứng bình thường.
- 3 Được phẫu thuật MRBQBR tháng 4/2010 (lúc 25 tuổi).



B/n Tô Thị T. (tt)

- 1 Sau khi mổ 10 tháng thì lập gia đình và sớm có thai.
- 2 Theo dõi thai kỳ và sinh con tại **BV Nguyễn Đình Chiểu, Bến Tre.**
- 3 Quá trình mang thai diễn ra bình thường.
- 4 Chuyển dạ lúc 38 tuần.
- 5 Trọng lượng con 3,1kg. Mẹ tròn con vuông.



Bàn luận

- Số lượng bệnh nhân phẫu thuật **tạo hình bàng quang bằng ruột** tại các bệnh viện có chuyên khoa niệu **ngày càng nhiều**.
- Riêng tại BV Bình Dân trong gần **20 năm** qua có khoảng **500 trường hợp** THBQBQ các loại.
- Thống kê của chúng tôi tại BV Bình Dân trong **5 năm** 2007 – 2011 về số liệu phẫu thuật nội soi mở rộng bàng quang bằng ruột: có **52 trường hợp** gồm 29 nam và 23 nữ, trong đó **14 nữ còn trong độ tuổi có khả năng mang thai**.

13

Khi mang thai, phụ nữ đã được THBQBQ có thể gặp các nguy cơ:

- Trong thời gian mang thai: tử cung lớn chèn ép vào BQ tân tạo, nhất là khả năng chèn ép **cuồng mạch** của đoạn ruột dùng tạo hình BQ ;
- Khi lâm bồn: khả năng chuyển dạ bình thường như thế nào ? Nếu phải sinh mổ thì có thể nguy hiểm vì khó khăn & nguy hiểm của đường vào sợ chạm phải bàng quang tân tạo phía trước tử cung;
- Sau khi sinh: sự giảm áp lực đột ngột trong khoang bụng có làm tổn thương **cuồng mạch** của BQ tân tạo ?

14

Rút kinh nghiệm từ trường hợp thứ 1



- Sản phụ thứ nhất được mổ lấy thai chủ động do bị yếu liệt 2 chân và cơ bụng → tiên lượng không đủ sức rặn.
- Nếu dùng đường mổ Pfannentiel thì chắc chắn sẽ phạm vào BQ tân tạo
- Vì thế, chúng tôi đã dùng đường mổ dọc giữa dưới rốn kéo lên trên rốn. Khi vào trong ổ bụng thì bắt đầu từ vị trí trên rốn để tránh dính ruột bên dưới vết mổ cũ và nhất là tránh phạm phải phần ruột của BQ tân tạo cùng với **cuồng mạch máu** của nó.

15



- Trái với suy nghĩ ban đầu về khả năng mạc treo của đoạn ruột dùng tạo hình BQ sẽ che phủ mặt trước tử cung và làm khó khăn khi rạch mở eo tử cung ở mặt trước để lấy thai. Thực tế thì **cuồng mạch máu** mạc treo của BQ tân tạo đi từ sau ra trước từ phía bên phải ngang eo tử cung. Hầu như toàn bộ mặt trước của thân tử cung có để tiếp cận dễ dàng
- Kịp mổ đã thực hiện đường rạch ngang mặt trước của phần dưới thân tử cung để lấy thai không quá khó khăn. Sau đó thì khâu lại thành tử cung và kiểm tra bàng quang tân tạo cũng như **cuồng mạch** treo của nó không bị tổn thương.

16

Rút kinh nghiệm từ các trường hợp 2 & 3

- Trường hợp thứ 2 và thứ 3 đã chuyển dạ và sinh theo ngã tự nhiên an toàn. Diễn tiến thai kỳ của ca thứ 3 hoàn toàn bình thường, trọng lượng con cũng trong giới hạn bình thường. Trong khi ca thứ 2 sinh non thiếu tháng (32 tuần) và con nhỏ 2,3 kg.
- Hai trường hợp sau này cho ta thấy khả năng sinh thường của những sản phụ đã phẫu thuật MRBQBR nếu không bị yếu liệt chân và cơ thành bụng như trường hợp thứ nhất.

17

So sánh với các báo cáo khác về tỷ lệ thành công

- Cả 3 trường hợp của chúng tôi may mắn đã chuyển dạ thành công, mẹ tròn con vuông.
- Các báo cáo của Akihisa, Hill, Natarajan, Norris, Shaikh, Yamazaki cũng đều ghi nhận chuyển dạ thành công (hoặc sinh ngã tự nhiên, hoặc mổ bắt con), cả mẹ và con đều khoẻ mạnh.
- Trong khi đó, số liệu của Hautmann và Volkmer ghi nhận: trong 252 thai kỳ thì có 14 t/h xảy thai, 7 phải chấm dứt thai kỳ, 9 chết yểu ngay khi sinh, còn lại 222 trẻ khoẻ mạnh.

18

Về các phương pháp tạo hình BQ bằng ruột / sản phụ có thai

- 3 sản phụ của chúng tôi đều đã được phẫu thuật mở rộng BQ bằng hồi tràng.
- Báo cáo của Hautmann và Volkmer ghi nhận sự đa dạng hơn về các kiểu tạo hình BQ, bao gồm:
 - 111 t/h mở rộng BQ bằng ruột (augmentation enterocystoplasty): gồm 47 dùng hồi tràng và 64 dùng đại tràng sigma,
 - 57 t/h ống ruột chuyển lưu nước tiểu (intestinal conduit): gồm 56 dùng hồi tràng, 1 dùng đại tràng,
 - 19 t/h túi chuyển lưu nước tiểu có kiểm chế (continent urinary pouch)
 - 01 t/h thay thế BQ bằng ruột (substitution enterocystoplasty).

Kết luận:

- Ba trường hợp nêu trên cũng như những ghi nhận trong y văn cho thấy: phụ nữ đã tạo hình BQ bằng ruột có thể có thai và sinh con.
- Một số t/h có thể sinh thường, một số t/h có thể phải sinh mổ.
- Trong trường hợp mổ bắt con, phẫu thuật viên niệu khoa nên có mặt trong cuộc mổ để phối hợp với các bác sĩ sản khoa nhằm tránh phạm phải BQ tân tạo trong lúc mổ (đây cũng là lời khuyên của đa số tác giả khác).

20

Cám ơn quý vị đã chú ý theo dõi

