

DOI: 10.58490/ctump.2024i76.2522

POLYP BIỂU MÔ SỢI GÂY TẮC KHÚC NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

*Huỳnh Thị Thanh Thảo, Huỳnh Cao Nhân, Võ Tấn Mạnh, Nguyễn Dương Phi**

Bệnh viện Nhi đồng Thành Phố

**Email: nguyenduongphi1311@gmail.com*

Ngày nhận bài: 13/4/2024

Ngày phản biện: 08/6/2024

Ngày duyệt đăng: 25/7/2024

TÓM TẮT

Polyp biểu mô sợi (FEP) là khối u trung bì lành tính, thường ở vị trí khúc nối bể thận niệu quản và niệu quản đoạn gần thắt lưng. Tuy nhiên, ở trẻ em, polyp biểu mô sợi thường gặp hơn ở niệu đạo sau, còn ở khúc nối bể thận niệu quản thì cực kỳ hiếm gặp. Bệnh nhân thường có triệu chứng tắc nghẽn đường tiết niệu. Một số sẽ biểu hiện đau hông lưng và tiểu máu, tương tự như các triệu chứng của sỏi niệu quản. Chúng tôi báo cáo về một trường hợp nam 10 tuổi đến khám với biểu hiện tiểu máu cách nhập viện một tuần, tại Nhi Đồng Thành Phố. Trên hình ảnh CTscan, bệnh nhân được chẩn đoán tắc khúc nối bể thận niệu quản theo dõi do u niệu quản. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi và được chẩn đoán là polyp biểu mô sợi niệu quản khi mổ và xét nghiệm mô bệnh học. Trường hợp này minh họa cho một nguyên nhân hiếm gặp của tắc nghẽn đường tiết niệu cần được xem xét khi mà các triệu chứng và biểu hiện hình ảnh không điển hình cho các nguyên nhân phổ biến hơn của tắc nghẽn niệu quản.

Từ khóa: Polyp biểu mô sợi, polyp niệu quản, tắc khúc nối bể thận niệu quản.

ABSTRACT

FIBROEPITHELIAL POLYPS CAUSING URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION IN CHILDREN: A CASE REPORT AT CITY CHILDREN'S HOSPITAL

*Huỳnh Thị Thanh Thảo, Huỳnh Cao Nhân, Võ Tấn Mạnh, Nguyễn Dương Phi**

City Children's Hospital

Fibroepithelial polyps are benign mesodermal tumors that are usually located in the ureteropelvic junction and the proximal lumbar ureter. However, in the pediatric population, fibroepithelial polyps are more common in the posterior urethra and polyps at the ureteropelvic junction are extremely rare. Patients are often presented with symptoms of urinary tract obstruction. Some will present with flank pain and hematuria, resembling symptoms of ureteric stones. We reported on a 10-year-old boy presenting with complaints of hematuria one week ago, admitted City Children's Hospital. On CT imaging, the patient was diagnosed with ureteropelvic junction obstruction due to ureteral tumor. The patient underwent laparoscopic surgery and was diagnosed to be fibroepithelial ureteral polyp in operation and histologic examination. This case illustrated a rare cause of urinary obstruction that should be considered when the imaging findings and presentation are atypical for more common etiologies of ureteral obstruction.

Keywords: Fibroepithelial polyps, ureteral polyps, ureteropelvic junction obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận ứ nước thứ phát do tắc khúc nối bể thận niệu quản rất thường gặp ở trẻ em. Polyp biểu mô sợi (FEP) chỉ chiếm 0,5% tắc nghẽn khúc nối bể thận niệu quản cần tạo hình

bể thận ở bệnh nhi. Đây là một bệnh lý khối u lành tính hiếm gặp ở hệ tiết niệu, rất hiếm thấy ở trẻ em, hầu hết các trường hợp đã từng được báo cáo là ở người lớn [1]. Ngoài ra, polyp thường nhỏ, ngắn, nằm ở niệu đạo sau đối với trẻ em và hiếm gặp ở vị trí khúc nối bể thận niệu quản hoặc niệu quản trên [2]. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, có thể là đau hông lưng, tiểu máu hoặc các biểu hiện của tắc nghẽn hay nhiễm trùng đường tiết niệu. Chẩn đoán polyp biểu mô sợi niệu quản trước mổ thường rất khó khăn, ngay cả với phương tiện chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ. Theo một số tác giả nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân polyp niệu quản, CTscan thì muộn dựng hình hệ niệu giúp gợi ý tổn thương dạng khuyết thuốc cần quang, bờ mềm mại, chạy dài theo niệu quản hoặc hình xoắn ốc [3]. Phương pháp điều trị trong các trường hợp gây tắc nghẽn được lựa chọn là phẫu thuật nội soi [2]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp polyp biểu mô sợi gây tắc khúc nối bể thận niệu quản và tổng hợp lại nguyên nhân, đặc điểm bệnh học, lâm sàng và điều trị tình trạng hiếm gặp này.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

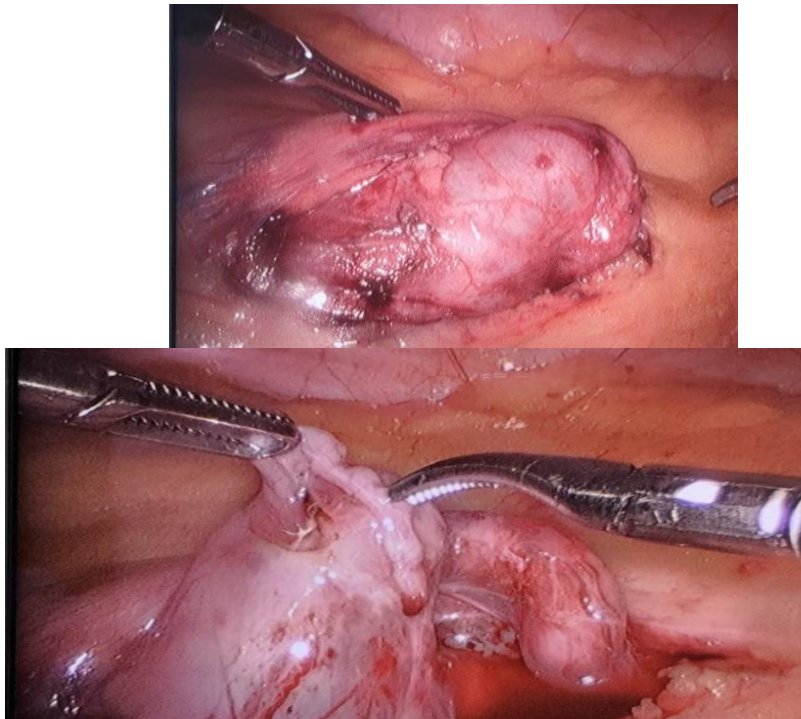
Bệnh nhân nam 10 tuổi, đến khám vì tiểu máu toàn dòng xuất hiện cách nhập viện một tuần, không sốt, không đau hông lưng, không ói, tiểu dễ, không tiểu gắt buốt. Triệu chứng tiểu máu chỉ xảy ra trong vòng một ngày và tự giới hạn. Tiền sử chưa từng đau bụng, tiểu máu hay nhiễm trùng đường tiết niệu. Thăm khám lâm sàng không đau hông lưng. Các xét nghiệm máu tổng quát và chức năng thận bình thường. Xét nghiệm nước tiểu thấy có tiểu máu vi thể, trong khi cấy nước tiểu thì âm tính. Siêu âm phát hiện thận trái ú nước độ III, chụp bàng quang niệu đạo cản quang ngược dòng không thấy trào ngược. Chụp cắt lớp điện toán ghi nhận dẫn ú nước đài bể thận trái, đường kính bể thận trước - sau (dAP) 60mm, dẫn đoạn đầu niệu quản trái đường kính 46mm, đoạn 1/3 trên niệu quản ngang mức L5 hẹp đột ngột chỉ còn đài niệu quản đoạn dưới xẹp hoàn toàn.



Hình 1. CTscan dựng hình thì muộn (a) thận trái ú nước độ III, (b) dẫn bể thận – niệu quản trên, có sự thay đổi khẩu kính đột ngột ở đoạn 1/3 trên - 2/3 dưới niệu quản, (c) ở vị trí thay đổi khẩu kính ghi nhận niệu quản thành dày, có cấu trúc đậm độ bất thường tương phản đồng nhất (mũi tên xanh), (d) chiều dài niệu quản đoạn dày 2.93cm (mũi tên xanh)

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc, nằm ngửa hơi nghiêng phải 45 độ, gây mê nội khí quản. Vào bụng, mở xuyên mạc treo đại tràng thấy có khối nhô ra trên khúc nối bể thận niệu quản và bể thận dẫn, niệu quản bên dưới khẩu kính bình thường. Bóc tách bể thận và đoạn niệu quản trên, xẻ bể thận dẫn ngay trên chỗ hẹp, thấy bên trong đoạn khúc nối bể thận niệu quản có một polyp hình dạng như bông cải, chiều dài 3cm. Tiến hành cắt đoạn niệu quản chứa polyp, dài 3cm, ngay chỗ hẹp đột ngột, kèm theo cắt một phần bể thận dẫn. Polyp niệu quản có kích thước 3*2*1cm, màu hồng nhạt, trơn láng, gồm nhiều hình trụ dài dính chung vào một cuống to ở niệu quản. Sau đó, khâu tạo hình lại khúc nối bể thận niệu quản và đặt thông JJ niệu quản. Kết quả giải phẫu bệnh là polyp biểu mô sợi niệu quản.

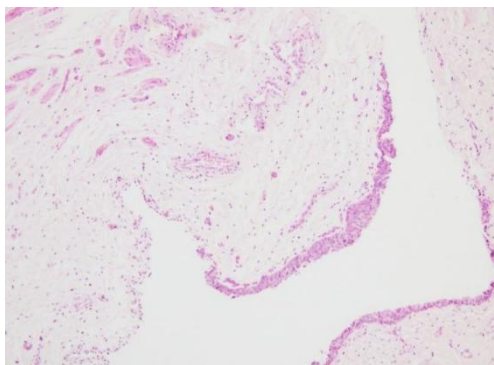
Sau phẫu thuật 5 ngày, bệnh nhân ổn định, xuất viện. Trong 3 tháng theo dõi các lần tái khám, bệnh nhân không có triệu chứng than phiền, siêu âm bể thận, niệu quản không dẫn, không sỏi, chức năng thận bình thường. Bệnh nhân nhập viện nội soi rút thông JJ sau mổ 2 tháng.



Hình 2. Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc, tắc khúc nối bể thận niệu quản, mở bể thận thấy polyp niệu quản



Hình 3. Khối polyp niệu quản



Hình 4. Hình giải phẫu bệnh: Mẫu thử gồm niệu quản thành dày có tế bào niệu mạc tăng sản 5 - 10 lớp tế bào, tế bào đơn dạng, nhân nhỏ, không tăng sắc, phân bào thấp. Bên dưới là mô đệm với tế bào sợi tăng sản, thâm nhập tế bào viêm mạn tính

III. BÀN LUẬN

Polyp biểu mô sợi niệu quản ở trẻ em là u lành tính rất hiếm gặp ở đường tiết niệu, có nguồn gốc từ trung bì [1],[4]. Những báo cáo gần đây chỉ ra rằng polyp biểu mô sợi có thể xảy ra ở cả trẻ em và người lớn nhưng thường gặp hơn ở người lớn, ở độ tuổi 20 - 40, tỉ lệ nam nữ là 3:2 [2],[5]. Mặc dù nguyên nhân của polyp chưa biết rõ, có nhiều giả thuyết được đưa ra như khiếm khuyết trong quá trình phát triển hay điều kiện mắc phải. Vì trẻ em có thể mắc nên khiếm khuyết trong quá trình phát triển có khả năng là nguyên nhân. Yếu tố mắc phải như dị ứng, chấn thương và kích thích mạn tính, rối loạn nội tiết tố cũng được nghi ngờ là nguyên nhân [2]. Sỏi niệu và nhiễm khuẩn đường tiết niệu gây kích thích mạn tính, ghi nhận trong rất ít các trường hợp polyp biểu mô sợi, cấy nước tiểu hầu hết là âm tính. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu mắc cao hơn ở nữ, nhưng polyp biểu mô sợi ở nữ có tỉ lệ thấp, nên không ủng hộ nhiễm khuẩn tiết niệu là yếu tố nguy cơ gây ra polyp biểu mô sợi. Ở trẻ em, vị trí xuất hiện polyp thường gặp niệu đạo sau, tiếp theo là khúc nối bể thận niệu quản và đoạn niệu quản trên. Tuy nhiên, polyp còn có thể được tìm thấy ở bể thận hay bàng quang [2],[5]. Đa phần là polyp đơn độc, ngắn hơn 5cm, nhưng cũng có những báo cáo về trường hợp polyp dài, đa polyp và polyp hai bên niệu quản [5],[6].

Triệu chứng thường gặp nhất từ nguyên nhân tắc nghẽn đường tiết niệu do polyp biểu mô sợi là đau hông lưng và tiểu máu [2],[7],[8]. Ngoài ra, các biểu hiện khác như tiểu khó, nhiễm trùng tiết niệu cũng được ghi nhận. Tuy nhiên, polyp biểu mô sợi phát triển rất chậm và bản chất không ác tính, vài bệnh nhân có thể không có triệu chứng. Polyp đa phần gây thận ứ nước, một số ít hiện diện sỏi đường tiết niệu.

Chẩn đoán trước mổ đối với polyp niệu quản thường khó khăn. Siêu âm thường chỉ thấy dấu hiệu thứ phát là tắc khúc nối bể thận niệu quản, bể thận giãn. Trên siêu âm, polyp biểu mô sợi được biểu hiện là hình ảnh cản âm nhẹ, không có bóng mờ, với bờ rõ, nằm bên trong bể thận hoặc đoạn niệu quản trên chứa nước tiểu [3]. Nếu siêu âm có tắc khúc nối bể thận - niệu quản hay bất thường khác của hệ niệu thì cho chỉ định chụp Xquang tĩnh mạch hệ niệu (intravenous pyelogram). Trên Xquang tĩnh mạch hệ niệu, cho thấy thận ứ nước ở các mức độ khác nhau và bể thận giãn kèm dấu hiệu hình xoắn ốc hẹp dần. Bên dưới chỗ hẹp, polyp biểu mô sợi có biểu hiện là một nếp niệu quản dài, trơn láng, làm khuyết thuốc cản quang [3]. Tuy nhiên, độ nhạy phát hiện polyp niệu quản trên Xquang chỉ từ 36% theo báo cáo [1]. Khi có thấy chỗ khuyết niệu quản trên Xquang hệ niệu thì không thể loại trừ các nguyên nhân khác như sỏi, máu cục, mạch máu bất chéo hay nếp niêm mạc [8],[9]. Sử

dụng nội soi niệu quản để chẩn đoán và cắt polyp biểu mô sợi đã từng được báo cáo, nhưng phương pháp nội soi cần được cân nhắc kỹ, nguyên nhân là khó ứng dụng đối với trẻ nhỏ bởi vì khoảng không gian để thao tác rất nhỏ. CTscan được chỉ định khi nghi ngờ nguyên nhân làm tắc khúc nối bể thận niệu quản [8], ở thì muộn dựng hình hệ niệu có thể nhìn thấy hình ảnh khuyết thuốc cản quang trong lòng niệu quản, bờ mềm mại, kéo dài theo niệu quản hay hình xoắn ốc [10]. Trong trường hợp của chúng tôi, siêu âm chỉ phát hiện thận ứ nước, bể thận và niệu quản đoạn trên giãn, còn CTscan thấy thận trái ứ nước, bể thận giãn lớn kèm giãn niệu quản trên, đoạn niệu quản 1/3 trên 2/3 dưới, ngang mức L5 hẹp đột ngột.

Hình ảnh đại thể trong mổ, polyp biểu mô sợi có bề mặt trơn láng, màu trắng xám, xám đậm hoặc hồng, thường là đơn độc, hình trụ dài, mảnh với cuống mỏng hay nhiều hình khối như ngón tay gấn vào một trụ đơn [1],[2]. Hầu như các trường hợp polyp biểu mô sợi sẽ hình trụ dài hơn là rộng bề ngang. Polyp thường cách xa với cuống do theo dòng nước tiểu và nhu động của niệu quản. Mô bệnh học, polyp biểu mô sợi là u lành tính có nguồn gốc từ trung bì. Polyp biểu mô sợi được phủ bề mặt bằng lớp niêm mạc bình thường và bao gồm lớp mô liên kết sợi dày, lỏng lẻo, giàu tế bào cơ trơn, mạch máu và collagen đậm đặc [1],[2].

Nội soi niệu quản hay nội soi ổ bụng để chẩn đoán và cắt polyp biểu mô sợi là phương pháp can thiệp điều trị. Trong đó, để cắt polyp biểu mô sợi bao gồm các phương pháp phẫu thuật nội soi khâu nối niệu quản - niệu quản, khâu nối bể thận - niệu quản, ngoài ra còn có phương pháp laser tại chỗ và nội soi niệu quản cắt polyp [2],[11]. Đối với nội soi niệu quản, thường cắt được khi polyp ở đoạn niệu quản gần và kích thước polyp nhỏ [1],[12]. Trước đây, polyp biểu mô sợi niệu quản được điều trị bằng phẫu thuật cắt nối bể thận niệu quản do nghi ngờ khả năng ác tính [1],[2]. Tuy nhiên, ngày nay vì có càng nhiều bằng chứng cho thấy được polyp biểu mô sợi là tổn thương lành tính, cũng như chưa có báo cáo nào về sự chuyển sản thành tế bào ác tính niệu quản ở trẻ em, nên điều trị đi theo hướng bảo tồn nhiều hơn [2]. Vì vậy, ở trẻ em, phẫu thuật chọn lựa cho polyp biểu mô sợi gây tắc khúc nối bể thận niệu quản là cắt đoạn niệu quản chứa cuống của khối u, có hoặc không kèm theo cắt tạo hình thu nhỏ lại bể thận [1],[2],[4],[8].

Phẫu thuật nội soi là phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu, có thể tiến hành để cắt hoàn toàn polyp niệu quản cho trẻ em [11]. Cách thực hiện là bệnh nhân nằm ngửa, nghiêng 45 độ, bơm hơi ổ bụng áp lực 8 - 12mmHg. Vào bụng 3 trocar bao gồm: trocar thứ nhất đặt đèn soi ở rốn, trocar thứ hai thao tác ở điểm giữa rốn và móm mũi kiếm, trocar thứ ba ở điểm giữa rốn và gai chậu trước trên cùng bên. Nội soi xuyên phúc mạc tiếp cận xuyên qua mạc treo đại tràng đối với bên trái và vào rãnh cạnh đại tràng đối với bên phải. Mở lớp phúc mạc thành sau cạnh đại tràng phủ trên thận để tiếp cận khúc nối bể thận niệu quản. Đoạn niệu quản bệnh lý được giải phóng bằng cách bóc tách dọc theo niệu quản đoạn trên. Xẻ dọc cạnh bên của đoạn niệu quản bệnh lý đến chỗ niệu quản bình thường, tiếp theo cắt polyp thông qua chỗ mở niệu quản. Mở rộng đến bể thận và đoạn niệu quản bình thường tùy theo chiều dài của polyp. Sau đó, đoạn niệu quản chứa nền của polyp được cắt bỏ. Sau cùng là bước khâu tạo hình bể thận - niệu quản kiểu tận - bên, cắt ngang niệu quản rồi xẻ dọc theo cạnh bên 1 - 1,5cm, khâu nối bắt đầu từ điểm thấp nhất của móm niệu quản với điểm thấp nhất của bể thận, tiếp tục bằng các mũi rời. Tùy theo chiều dài đoạn niệu quản bệnh lý, nếu ngắn hơn 5cm thì có thể đặt dẫn lưu niệu quản hoặc kèm theo dẫn lưu bể thận ra ngoài, còn nếu dài hơn 5cm thì dẫn lưu trong bàng thông JJ. Cuối cùng, khâu đóng lại bể thận bằng mũi liên tục.

Phẫu thuật nội soi cắt polyp niệu quản có ưu điểm là sẹo mổ nhỏ, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị. Tuy nhiên, trong vài trường hợp như bị hạn chế khó tiếp

cận đến niệu quản tổn thương, tầm nhìn bị giới hạn bởi không gian mổ nhỏ, chảy máu, nước tiểu có máu thì mổ mở cắt đoạn niệu quản sẽ được lựa chọn để thực hiện [6]. Trong lúc phẫu thuật, chúng ta nghi ngờ có polyp ở khúc nối bể thận niệu quản nếu như thấy có sự dày lên hay cứng chắc hơn bất thường của niệu quản ngay bên dưới bể thận hoặc là cảm thấy có khối tổn thương di động trong lòng niệu quản. Ngoài ra, phẫu thuật mở bể thận niệu quản ra da chỉ được thực hiện nếu như thận bị phá huỷ bởi tình trạng ứ nước hay nhiễm trùng.

Bên cạnh đó, đối với thủ thuật nội soi niệu quản, phẫu thuật viên nên cân nhắc vì khả năng chỉ cắt được khối u không hoàn toàn. Gần đây, nhiều bài báo cáo đã đề cập đến điều trị thành công bằng nội soi niệu quản với cắt laser cầm máu khi có chẩn đoán nguyên nhân polyp trước mổ [5],[12]. Mặc dù nội soi niệu quản cắt polyp cũng ít gây xâm lấn và phổ biến rộng rãi thay thế cho mổ mở, thủ thuật này vẫn có nhiều khó khăn ở những bệnh nhân có polyp nhiều và dài. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đoạn niệu quản trên và cắt tạo hình thu nhỏ lại bể thận, sau đó khâu tạo hình lại bể thận - niệu quản.

Kết quả điều trị polyp biểu mô sợi rất tốt, bệnh nhân không còn triệu chứng than phiền như trước phẫu thuật. Hầu như polyp biểu mô sợi niệu quản ở trẻ em không tái phát. Mặc dù vậy, nên lưu ý polyp này có thể hiếm hoi bị tái phát sau khi thực hiện cắt polyp tại chỗ, đặc biệt nếu nền của polyp cắt không hoàn toàn.

IV. KẾT LUẬN

Polyp biểu mô sợi niệu quản là khối u lành tính hiếm gặp, triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu bao gồm đau hông lưng, tiểu máu, triệu chứng của tắc nghẽn hay nhiễm trùng đường tiết niệu. Chẩn đoán bằng hình ảnh học trước phẫu thuật cần được nghĩ tới nếu đã loại trừ các nguyên nhân tắc nghẽn đường niệu khác. Phẫu thuật nội soi cắt đoạn niệu quản chứa polyp được đề xuất lựa chọn ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adey GS, Vargas SO, Retik AB, et al. Fibroepithelial polyps causing ureteropelvic junction obstruction in children. *J Urol*. May 2003. 169(5), 1834-6. doi:10.1097/01.ju.0000061966.21966.94.
2. Cassar Delia E, Joseph VT, Sherwood W. Fibroepithelial polyps causing ureteropelvic junction obstruction in children--a case report and review article. *Eur J Pediatr Surg*. Apr 2007. 17(2), 142-6, doi:10.1055/s-2007-965014.
3. Lee CH, Lee SD. A rare cause of ureteropelvic junction obstruction. *Korean J Urol*. Oct 2014. 55(10), 687-9, doi:10.4111/kju.2014.55.10.687.
4. Li R, Lightfoot M, Alsyouf M, et al. Diagnosis and management of ureteral fibroepithelial polyps in children: a new treatment algorithm. *J Pediatr Urol*. Feb 2015. 11(1), 22.e1-6. doi:10.1016/j.jpuro.2014.08.004.
5. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. *Urology*. Nov 2003. 62(5), 810-3, doi:10.1016/s0090-4295(03)00691-5.
6. Vương Văn Ngân, Nguyễn Thanh Vân, Lê Thanh Dũng, Nguyễn Huy Hoàng, Nguyễn Đức Hoàn. Polyp niệu quản lành tính gây tắc nghẽn đường bài xuất cao: Báo cáo trường hợp ca lâm sàng tại bệnh viện Việt Đức. *Điện quang Việt Nam*. 2019. 35, 99-103.
7. Ludwig DJ, Buddingh KT, Kums JJ, et al. Treatment and outcome of fibroepithelial ureteral polyps: A systematic literature review. *Can Urol Assoc J*. Sep-Oct 2015. 9(9-10), E631-7, doi:10.5489/auaj.2878.
8. Szydelko T, Tuchendler T, Litarski A, et al. Laparoscopic Anderson-Hynes procedure as a treatment of ureteropelvic junction obstruction caused by fibroepithelial polyp. *Wideochirurgia*

i inne techniki maloinwazyjne = Videosurgery and other miniinvasive techniques. Dec 2013. 8(4), 361-3, doi:10.5114/wiitm.2011.35636.

9. Iwatsuki S, Kojima Y, Mizuno K, et al. Laparoscopic management for fibroepithelial polyp causing ureteropelvic junction obstruction in a child. *Urology*. Jul 2010. 76(1), 146-8, doi:10.1016/j.urology.2009.12.062.
 10. Chaker K. Benign fibroepithelial polyp of the ureter: A case report. *Urology case reports*. Jan 2019. 22, 15-16, doi:10.1016/j.eucr.2018.09.021.
 11. Bian Z, Liu X, Hua Y, et al. Laparoscopic management of multiple ureteral polyps in children. *J Urol*. Oct 2011. 186(4), 1444-9, doi:10.1016/j.juro.2011.05.056.
 12. Carey RI, Bird VG. Endoscopic management of 10 separate fibroepithelial polyps arising in a single ureter. *Urology*. Feb 2006. 67(2), 413-5, doi:10.1016/j.urology.2005.08.020.
-