

## Case Report

## Severe Urachal Cyst Abscess in Children: 4 Cases

Hoang Minh Hung<sup>1\*</sup>, Le Thanh Hung<sup>2</sup><sup>1</sup>Vietnam - Cuba Dong Hoi Friendship Hospital, Huu Nghi, Dong Hoi, Quang Binh, Vietnam<sup>2</sup>Children's Hospital No1, 341 Su Van Hanh, Ward 10, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 17 April 2022

Revised 11 May 2022; Accepted 16 May 2022

**Abstract**

The urachal cyst is a disease caused by incomplete closure of the urachal wall forming a cyst, a simple cyst is asymptomatic. Infected urachal cysts are rare, nonspecific symptoms, can be confused with many other diseases. Bacteria enter the cyst from the surface of the skin, plasma, lymph, from the bladder or through the gastrointestinal perforation, such as *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*. Progressing infection can form urachal cyst abscess, which can lead to serious life-threatening complications such as sepsis, diffuse abdominal abscess, the abscess can breaking into the abdomen causing peritonitis, intestinal perforation, intestinal obstruction, recurrent urinary tract infection and cancer.

Ultrasound is the first imaging diagnostic, computer tomography can be used in difficult cases, and however there are some cases that are confirmed urachal cyst abscesses while performing exploratory surgery. Treatment applies 2 steps: the first step is the drainage of cyst and antibiotic treatment; the second step is the surgery to completely remove the urachal cyst. May be use laparotomy surgery, laparoscopic surgery, on-site laparoscopic surgery of an incision and robotic-assisted laparoscopic surgery.

Recently we recorded 4 cases of severe urachal cyst abscess with remarkable clinical features and treatment.

*Keyword:* Urachus, urachal remnant, urachal cyst, abdominal abscess

---

\* Corresponding author.

E-mail address: drhoangminhhung@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v6i3.418>

# Áp-xe nang niệu rốn nặng ở trẻ em: nhân 4 trường hợp

Hoàng Minh Hùng<sup>1</sup>, Lê Thanh Hùng<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đông Hới, Hữu Nghị, Đông Hới, Quảng Bình, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi đồng 1, 341 Sư Vạn Hạnh, Phường 10, Quận 10, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

Nhận ngày 17 tháng 4 năm 2022

Chỉnh sửa ngày 11 tháng 5 năm 2022; Chấp nhận đăng ngày 16 tháng 5 năm 2022

## Tóm tắt

Nang niệu rốn là bệnh lý do quá trình đóng không hoàn toàn của thành ống niệu rốn tạo thể nang, nang đơn thuần thường không có triệu chứng. Nang niệu rốn nhiễm trùng hiếm gặp, triệu chứng không đặc hiệu, có thể nhầm lẫn với nhiều bệnh lý khác. Vi khuẩn vào nang từ bề mặt da, huyết tương, bạch huyết, đi lên từ bàng quang hoặc thông qua lỗ thủng đường tiêu hoá, thường gặp *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*. Nhiễm trùng tiến triển âm thầm hình thành áp-xe nang niệu rốn, có thể dẫn đến các biến chứng nặng đe dọa tính mạng như: nhiễm khuẩn huyết, áp-xe lan toả ổ bụng, áp-xe vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc, thủng ruột, tắc ruột, nhiễm trùng tiểu tái diễn và ung thư hóa.

Siêu âm là xét nghiệm hình ảnh đầu tay, chụp cắt lớp vi tính được dùng trong các trường hợp phức tạp, tuy nhiên một số trường hợp chỉ được chẩn đoán xác định là áp-xe nang niệu rốn sau khi thực hiện phẫu thuật thám sát. Điều trị áp dụng 2 thì: thì đầu là dẫn lưu ổ nhiễm trùng và điều trị kháng sinh phù hợp; thì hai là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn nang niệu rốn. Có thể phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi ổ bụng, phẫu thuật nội soi tại chỗ một đường rạch và phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot.

Thời gian gần đây chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp áp-xe nang niệu rốn nặng với đặc điểm lâm sàng và điều trị đáng chú ý.

*Từ khoá:* Ống niệu rốn, tồn tại ống niệu rốn, nang niệu rốn, áp-xe ổ bụng

## I. Đặt vấn đề

Ống niệu rốn là ống nối chức năng từ thành trước bàng quang thai nhi nối với niệu nang thời kỳ phôi thai, kéo dài lên rốn [1]. Ống niệu rốn bị tắc dần từ trước sinh để hình thành nên dây treo bàng quang, kết hợp với hai dây chằng rốn bên tạo thành hình chóp có đỉnh tại rốn [1]. Ống niệu rốn có thể tiếp tục xơ hóa đến 6 tháng sau sinh [2]. Những bất thường

gây đóng không hoàn toàn của ống niệu rốn, gây ra dị tật tồn tại ống niệu rốn (TTONR), có bốn thể bệnh chính là: rò niệu rốn, nang niệu rốn, xoang niệu rốn và túi thừa niệu rốn [3]. TTONR được cho là tương đối hiếm do bệnh thường không có triệu chứng, chỉ có khoảng 2% phát hiện khi tử thi [3].

Tỷ lệ nang niệu rốn đứng thứ hai trong các thể bệnh, đặc trưng thường không có triệu chứng, các triệu chứng xuất hiện khi bị nhiễm trùng, tuy nhiên thường ít đặc hiệu. Do triệu chứng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn nên bệnh có thể tiến triển nặng và có thể gây ra các biến

\* Tác giả liên hệ

E-mail address: drhoangminhhung@gmail.com

<https://doi.org/10.47973/jprp.v6i3.418>

chứng nặng nguy hiểm đến tính mạng. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, xét nghiệm hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) nhưng cũng có nhiều trường hợp khó khăn chỉ được chẩn đoán xác định bằng phẫu thuật thám sát [4].

Điều trị nang niệu rốn nhiễm trùng hiện nay chưa thống nhất, có thể điều trị 1 thì cắt trọn nang hoặc 2 thì. Hiện nay nhiều tác giả ủng hộ áp dụng 2 thì nhằm giảm các biến chứng so với phẫu thuật một lần. Thì đầu là dẫn lưu ổ nhiễm trùng, thì hai là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn nang niệu rốn [5,6]. Hiện nay ngoài phương pháp phẫu thuật bao gồm phẫu thuật mở truyền thống thì có thể áp dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng, phẫu thuật nội soi tại chỗ một đường rạch và phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot để điều trị [7-9].

Chúng tôi nghiên cứu 4 trường hợp phát hiện áp-xe nang niệu rốn nặng có biến chứng áp-xe ổ bụng tại Bệnh viện Nhi đồng 1, nhằm đánh giá đặc điểm bệnh lý và phương pháp điều trị bệnh lý này.

## II. Giới thiệu ca bệnh

### 2.1. Báo cáo trường hợp 1

Bệnh nhân nữ 20 tháng tuổi, đau bụng ở nhà 1 tuần kèm sốt 38-39°C, vào viện tại phòng khám cấp cứu có *Đau bụng kèm Phản ứng thành bụng (PUTB)* rõ vùng hố chậu phải và hạ vị. Tiền sử không ghi nhận bệnh lý gì đặc biệt. Bệnh nhân được làm các xét nghiệm, kết quả siêu âm bụng (SAB) có: *Mass echo kém không đồng nhất vùng tiểu khung d=44x35mm, dày mạc nối hố chậu phải, nghĩ đến Áp-xe ruột thừa # áp-xe niệu rốn*; Bilan nhiễm trùng có CRP=151,3 mg/L, Bạch cầu 21,3 k/L, Neut%= 73%. Bệnh nhân được hội chẩn khẩn, kết luận *Áp-xe ruột thừa* phân biệt với *Nang niệu rốn bội nhiễm* và được phẫu thuật sau 8 giờ nhập viện.

*Phẫu thuật nội soi* thám sát, đặt 3 trocar: Trocar 10mm ở rốn, 2 trocar 5mm ở 2 hố chậu, thấy ổ bụng không có dịch nhiễm trùng tự do, mạc nối và một quai hồi tràng bám vào thành bụng trước dưới rốn. Tiến hành gỡ dính mạc nối lớn và hồi tràng ra khỏi thành bụng thấy có 1 ổ viêm dọc theo dây treo bàng quang sa xuống tiểu khung, sát bàng quang. Ruột thừa bình thường.

Rạch đường giữa dưới rốn 3 cm, qua cân cơ thấy nang niệu rốn viêm dày dính vào bàng quang, mở vào ổ mủ, hút được #30ml mủ vàng đặc, rửa sạch ổ mủ, lấy 1 phần thành nang gửi làm giải phẫu bệnh (GPB). Dẫn lưu ổ mủ bằng penro. Rút các trocar, đóng bụng. Chẩn đoán sau phẫu thuật là *áp-xe nang niệu rốn*.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được điều trị kháng sinh phối hợp (*Amikacin* và *Ciprofloxacin*) và chăm sóc vết mổ, rút penro sau 2 ngày, kết quả cấy mủ có *Staphylococcus aureus*, GPB cho kết quả *nang lạnh tính kèm viêm mạn tính* (mô mỡ, sợi, xâm nhập bạch cầu). Bệnh nhân xuất viện sau phẫu thuật 7 ngày. Tái khám sau 1 tháng không có biến chứng hay tái phát trên lâm sàng và siêu âm.

### 2.2. Báo cáo trường hợp 2

Bệnh nhân nam 23 tháng tuổi, đau bụng ở nhà 3 ngày kèm sốt 39,5°C vào viện tại phòng khám cấp cứu có *đau bụng quanh rốn* nhiều, ấn đau tại rốn và PUTB (+). Bệnh nhân được làm các xét nghiệm, kết quả SAB có: *Không thấy ruột thừa viêm, hình ảnh viêm phúc mạc toàn diện, ổ mủ to kéo dài từ hạ vị đến chân rốn, lan xuống hố chậu trái, chưa loại trừ áp-xe ống niệu rốn vỡ*; Bilan nhiễm trùng có CRP=181,2 mg/L, Bạch cầu 23 k/L, Neut%= 78%. Bệnh nhân được hội chẩn khẩn, kết luận *viêm phúc mạc* và được phẫu thuật sau 5 giờ nhập viện.

*Phẫu thuật mở* thám sát, rạch da đường ngang trên rốn dài 6cm, qua các lớp vào ổ bụng thấy ổ bụng rất bần, nhiều giả mạc khắp ổ bụng và trên thành ruột. Đưa ruột ra ngoài kiểm tra thấy ruột thừa bình thường, không có túi thừa Meckel, vùng hạ vị có nhiều mũ, tạo ổ áp-xe, khối mô viêm kéo dài từ rốn đến bàng quang, có nhiều giả mạc, mô viêm nham nhờ nghĩ đến khối áp-xe ống niệu rốn đã vỡ. Thành bụng trước viêm đỏ, cắt lọc làm GPB, rửa bụng, lấy bớt giả mạc. Dẫn lưu ổ áp-xe, đóng bụng theo giải phẫu. Chẩn đoán sau phẫu thuật là *viêm phúc mạc do áp-xe ống niệu rốn vỡ*.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được điều trị kháng sinh phối hợp và chăm sóc vết mổ, rút dẫn lưu bụng sau 7 ngày, kết quả cấy mũ *Staphylococcus aureus*, GPB cho kết quả *Mô viêm cấp tính hoại tử* (mô liên kết và mô viêm). Bệnh nhân xuất viện sau phẫu thuật 9 ngày. Tái khám sau 1 tháng không có biến chứng hay tái phát trên lâm sàng và siêu âm.

### 2.3. Báo cáo trường hợp 3

Bệnh nhân nữ 32 tháng tuổi, đau bụng ở nhà 2 ngày, không sốt, đi cầu lỏng, vào viện tình được chẩn đoán theo dõi (TD) nang ruột đôi hồng tràng, chuyển phòng khám Bệnh viện Nhi đồng 1, vào viện có đau bụng kèm vùng PUTB vùng hạ vị, mass hạ vị #10cm. Tiền sử không ghi nhận bệnh lý gì đặc biệt. Bệnh nhân được làm các xét nghiệm, kết quả SAB có: *cấu trúc chứa dịch không thuần nhất vùng hạ vị, theo dõi nang mạc treo bội nhiễm hoặc xuất huyết*; Bilan nhiễm trùng có CRP=179 mg/L, Bạch cầu 23,15 k/L, Neut%=81%, có nhiễm trùng tiểu (Leu (+), Ery (+)). Bệnh nhân được chẩn đoán *nang mạc treo bội nhiễm*, điều trị kháng sinh phối hợp, các triệu chứng có giảm tương đối. Quá trình điều trị được hội chẩn phẫu thuật, kết luận *nang mạc*

*treo bội nhiễm* và được chỉ định phẫu thuật sau 15 ngày điều trị bảo tồn.

*Phẫu thuật nội soi* thám sát, đặt 3 trocar: Trocar 10mm ở rốn, 2 trocar 5mm ở 2 hố chậu, thấy ổ bụng sạch, có 1 ổ áp-xe vùng hạ vị được rất nhiều thành phần bao bọc: đại tràng sigma, hồi tràng, manh tràng và mạc nối lớn, các thành phần này dính chặt lẫn nhau và dính lên thành bụng trước. Mở ổ áp-xe thoát ra nhiều dịch vàng đục lẫn mũ và giả mạc, lấy dịch cấy và kháng sinh đồ (KSD), lấy vỏ bao của ổ áp-xe gửi GPB.

Bơm rửa ổ áp-xe thấy có 1 lỗ thoát phân từ đại tràng sigma kích thước #1x1,5cm, thành ruột tại vị trí này viêm bờ, bờ nham nhờ. Rửa bụng, đặt dẫn lưu số 20Fr vào ổ áp-xe. Mở rộng lỗ trocar hố chậu trái, giải phóng quai ruột dính, đưa đại tràng Sigma tại vị trí thủng ra làm hậu môn tạm. Đóng các lỗ trocar và đóng bụng. Chẩn đoán sau phẫu thuật: *Áp-xe ống rốn niệu vỡ biến chứng thủng đại tràng sigma*.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được điều trị hồi sức tích cực 2 ngày, điều trị kháng sinh phối hợp và chăm sóc vết mổ, rút dẫn lưu sau 4 ngày. Kết quả cấy mũ đồng nhiễm *E.coli* (ESBL (-)) và *Morganella Morganii*, GPB cho kết quả *mô viêm bán cấp* (mô liên kết, mô mỡ, sợi, xâm nhập bạch cầu). Bệnh nhân xuất viện sau phẫu thuật 7 ngày. Tái khám sau 2 tháng không có biến chứng hay tái phát trên lâm sàng và siêu âm. Được đóng hậu môn tạm đại tràng Sigma, sau phẫu thuật không có biến chứng.

### 2.4. Báo cáo trường hợp 4

Bệnh nhân nam 12 tháng tuổi, chướng bụng ở nhà 5 ngày, sốt 39-40°C, không có rối loạn đi tiêu, đến phòng khám Bệnh viện Nhi đồng 1, vào viện có bụng chướng kèm rốn hôi, không chảy dịch, nước tiểu đục lợn cợn.

Tiền sử có thận nước, TD hội chứng Down, TD suy thận, bàng quang thần kinh (BQTK). Bệnh nhân được làm các xét nghiệm, kết quả SAB có: *Có ổ tụ dịch dọc đại tràng trái d=19x50mm và hạ vị trên bàng quang d=20x49mm; CLVT: có ổ áp-xe sát mặt trên bàng quang lan ra vùng rốn và lan sang trái đến đại tràng trái #33x60x24mm, nghĩ đến Áp-xe ống niệu rốn vỡ biến chứng áp-xe lan toả; Bilan nhiễm trùng có CRP=183,43 mg/L, có nhiễm trùng tiểu (Leu (+++), Ery (++) , Pro(+)).* Bệnh nhân được chẩn đoán áp-xe ống niệu rốn vỡ và được chỉ định phẫu thuật dẫn lưu ổ áp-xe.

### 2.5. Tóm tắt

*Phẫu thuật mở, rạch da dọc giữa dưới rốn 2cm, qua các lớp vào bụng thấy khối mô viêm lớn dưới rốn #3x5cm, các quai ruột đến bám vào mô viêm, chọc hút ra mủ xanh để cấy và KSD, đặt dẫn lưu 16Fr, cố định.*

Sau phẫu thuật bệnh nhân được điều trị kháng sinh phối hợp (*Ceptriaxon, Amikacin và Ciprofloxacin*) và chăm sóc vết mổ, kết quả cấy ra nấm *Candida Abican*. Bệnh nhân được rút sonde dẫn lưu sau 5 ngày, ra viện sau 11 ngày. Sau đó 1 tháng có nhiễm trùng đường tiểu, vào điều trị 1 đợt cấp tại nội viện, sau 2 tháng được chẩn đoán nang niệu rốn/BQTK được phẫu thuật cắt nang niệu rốn và mở bàng quang ra da.

Danh mục	TH1	TH2	TH3	TH4
Giới	Nữ	Nam	Nữ	Nam
Tuổi	20 tháng	23 tháng	32 tháng	12 tháng
Lý do vào viện	Đau bụng HCP	Đau bụng quanh rốn	Đau bụng	Chướng bụng
Thời gian khởi phát	7 ngày	3 ngày	2 ngày	5 ngày
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng/ PUTB (+)	Đau bụng/ PUTB (+)	Đau bụng/ PUTB (+)	Chướng bụng/ Rốn hôi/ NT tiểu
Bệnh kèm	-	-	-	TD HC Down, TD BQTK
Siêu âm	Áp-xe ruột thừa # Áp-xe niệu rốn	Viêm phúc mạc lan toả	Nang mạc treo bội nhiễm	Áp-xe ống niệu rốn Áp-xe ổ bụng Áp-xe ống niệu rốn vỡ Biến chứng áp-xe lan toả
CLVT	-	-	-	
Nhiễm trùng toàn thân	+	+	+	+
Nhiễm trùng tiểu			+	+
Điều trị trước phẫu thuật	-	-	+	+

Danh mục	TH1	TH2	TH3	TH4
Phẫu thuật cấp cứu	+	+	+(bán khẩn)	+
Chẩn đoán trước PT	Áp-xe ruột thừa # Áp-xe niệu rốn	Viêm phúc mạc	Nang ruột đôi bội nhiễm  PTNS thám sát, làm	Áp-xe ống niệu rốn vỡ
Phương pháp PT	PTNS thám sát, DL nang niệu rốn	PT thám sát, rửa bụng, dẫn lưu	HM tạm ĐT Sigma, rửa bụng, dẫn lưu Áp-xe ống rốn niệu vỡ biến chứng Thủng Đại tràng Sigma E.coli và Morganella Morganii	PT dẫn lưu áp xe
Chẩn đoán sau PT	Áp-xe nang niệu rốn	Viêm phúc mạc do Áp-xe ống niệu rốn vỡ	Thủng Đại tràng Sigma E.coli và Morganella Morganii	Áp-xe ống niệu rốn vỡ
KQ Cây dịch	Staphylococcus aureus	Staphylococcus aureus	Morganella Morganii	Candida Abican
KQ GPB	Nang lạnh tính kèm mô viêm	Mô viêm cấp tính hoại tử	Mô viêm bán cấp	-
KQ điều trị (tái khám)	Không tái phát	Không tái phát	Không tái phát	Còn nang niệu rốn (được PT) + mở BQ ra da do BQTK

### III. Bàn luận

Tồn tại ống niệu rốn do sự tắc không hoàn toàn của thành ống, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, ống niệu rốn có thể tự đóng lại sau sinh nhưng sau đó cũng có thể mở lại do các tình trạng bệnh lý mắc phải [2]. Tỷ lệ bệnh lý TTONR không được biết rõ do bệnh thường không có triệu chứng, có thể chiếm 2% dân số trên tử thi [3]. Nang niệu rốn chiếm 30%, xếp thứ 2 trong các thể bệnh sau rò niệu rốn (50%), còn lại xoang niệu rốn 15%, túi thừa niệu rốn là 5% [3]. Tỷ lệ bé trai/gái từ 1,2:1 đến 2,0:1 [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ=1/1, độ tuổi từ 12-32 tháng tuổi.

Khác với rò niệu rốn thường có chảy dịch rốn ngắt quãng ngay sau rụng rốn, hầu hết nang niệu rốn không có triệu chứng, khi có triệu chứng thường đã có nhiễm trùng [3]. Nang niệu rốn nhiễm trùng có triệu chứng lâm sàng bao gồm đau khu trú quanh vùng rốn hoặc vùng hạ vị, sốt, nhiễm trùng niệu hoặc phát hiện một khối đau và phản ứng [3,10]. Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất, có thể chỉ đau bụng khu trú khi áp-xe chưa tiến triển hoặc đau bụng lan toả trong viêm phúc mạc do áp-xe vỡ. Các triệu chứng cấp tính ở bụng có thể nhầm lẫn với các triệu chứng của viêm ruột thừa cấp tính, viêm túi thừa Meckel, hoặc viêm phúc mạc do các nguyên

nhân khác [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần có triệu chứng đau bụng kéo dài từ 2-7 ngày kèm với PUTB (+), có 1 trường hợp chướng bụng kèm rốn hôi và nhiễm trùng tiêu rõ trên lâm sàng.

Siêu âm là xét nghiệm đầu tay để đánh giá nang niệu rốn, tuy nhiên siêu âm là chỉ có độ nhạy 71,1%, độ đặc hiệu 72,2%, giá trị chẩn đoán dương tính là 76,2%, và khó khảo sát trong các trường hợp nhiễm trùng tiến triển [3,10]. CLVT có thể được chỉ định trong các trường hợp phức tạp, chưa khẳng định được trên siêu âm hoặc có các dị tật phối hợp khác [3]. Tuy nhiên vẫn có một số bệnh nhân chỉ được chẩn đoán xác định là áp-xe ống niệu rốn sau khi thực hiện phẫu thuật thám sát [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi đều có sử dụng siêu âm là xét nghiệm hình ảnh đầu tay, có 1 trường hợp chụp CLVT, tỷ lệ phát hiện và nghi ngờ trên siêu âm là 50%, CLVT là 100% (1/1), tất cả đều phát hiện áp-xe ổ bụng hoặc viêm phúc mạc, một trường hợp chẩn đoán nhầm lẫn là nang mạc treo bội nhiễm, chỉ có thể khẳng định có nang niệu rốn bằng phẫu thuật thám sát.

Nang niệu rốn có thể phối hợp với các dị tật thành bụng hoặc tiết niệu, trong đó, dị tật thành bụng có: thoát vị cuống rốn, tồn tại ống rốn tràng, nứt đốt sống thoát vị tủy, Prune belly syndrome, lộ bàng quang, lộ ổ nhóp hoặc bàng quang đôi [3]. Dị tật tiết niệu sinh dục phối hợp có thận độc nhất, thận móng ngựa, thận ú nước, thận đôi, thận đa nang và teo âm đạo [10]. Tắc nghẽn đường niệu dưới phối hợp có dị tật van niệu đạo sau, trào ngược bàng quang niệu quản, dị tật niệu đạo (UA) như giảm sản niệu đạo, teo niệu đạo, van niệu đạo, nang niệu đạo hành và niệu đạo đôi [9]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ phát hiện 01 trường hợp có HC Down/

bàng quang thần kinh là yếu tố gây tắc nghẽn đường tiêu.

Biến chứng của nang niệu rốn nhiễm trùng có thể chỉ là một áp-xe ở ngay rốn hoặc dưới rốn, tuy nhiên một số trường hợp có vỡ áp-xe nang niệu rốn vào ổ bụng, cũng có thể mở lại một TTONR gây nhiễm trùng tiêu hoặc rò ra rốn, chảy mủ, viêm tấy rốn. Một số trường hợp viêm cân hoại tử phức tạp hay rò ống niệu rốn vào đại tràng đã được ghi nhận [3]. Chúng tôi ghi nhận cả 4 trường hợp áp-xe ổ bụng lan toả, trong đó có 2 trường hợp chưa vỡ khối áp-xe, được các tạng chung quanh bọc lại, 1 trường hợp vỡ ra gây viêm phúc mạc toàn thể và 1 trường hợp có biến chứng thủng đại tràng sigma.

Đường lây truyền của tác nhân gây nhiễm trùng có thể là từ bề mặt da, huyết tương, bạch huyết, đi lên từ bàng quang hoặc thông qua lỗ thủng đường tiêu hoá. Các vi sinh vật thường được nuôi cấy có thể là *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumonia*, *Proteus*, *Streptococcus viridans* và *Fusobacterium* [3]. Trong 4 trường hợp của chúng tôi đều cấy ra vi sinh vật, 2 trường hợp có *Staphylococcus aureus*, 1 trường hợp đồng nhiễm *Escherichia coli* và *Morganella Morganii* do có thủng vào đường tiêu hoá, 1 trường hợp có nấm *Candida Albican* là trường hợp có yếu tố bàng quang thần kinh.

Điều trị nang niệu rốn nhiễm trùng thường áp dụng 2 thì nhằm giảm các biến chứng so với cố gắng phẫu thuật 1 thì [5,6]. Thì đầu là dẫn lưu ổ nhiễm trùng, cấy dịch tìm vi khuẩn, KSD, sau đó, bệnh nhân được điều trị kháng sinh phù hợp để cải thiện tình trạng nhiễm trùng [5,6]. Khi điều trị nhiễm trùng đã ổn định, việc phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn nang niệu rốn trở nên dễ dàng hơn đặc biệt là trong trường hợp có nhiễm trùng nặng và lan rộng

từ đầu [5,6]. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm phẫu thuật mở truyền thống, phẫu thuật nội soi ổ bụng, phẫu thuật nội soi tại chỗ một đường rạch và phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot [4,7-8]. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cấp cứu cho cả 4 TH, trong đó 1 TH dẫn lưu nang thì đầu khi đã có chẩn đoán chắc chắn, còn lại có 3 TH phẫu thuật thám sát ổ bụng, (2 TH có Nội soi ổ bụng thám sát). Trong phẫu thuật thường ghi nhận có một khối viêm ở thành bụng trước có thể đã vỡ hoặc không (dọc theo dây treo bàng quang sa xuống tiểu khung, sát bàng quang) được các thành phần mạc nối, đại tràng sigma, hồi tràng... bám vào. Phẫu thuật chủ yếu lau rửa, dẫn lưu ổ áp-xe và xử trí biến chứng (lau rửa toàn ổ bụng trong viêm phúc mạc, làm hậu môn tạm trong thủng đại tràng sigma). Kết quả điều trị thì đầu có  $\frac{3}{4}$  TH không có áp-xe tồn lưu hay TTONR tái phát và không cần phẫu thuật thì 2. Một TH còn lại nang niệu rốn, được phẫu thuật cắt bỏ, sau phẫu thuật thì 2, không có biến chứng. GPB thành nang sau phẫu thuật đều cho kết quả là mô viêm cấp hay mạn tính.

#### IV. Kết luận

Nang niệu rốn là bệnh lý hiếm gặp, nang đơn thuần thường không có triệu chứng. Triệu chứng nang niệu rốn nhiễm trùng thường không đặc hiệu như đau bụng khu trú quanh rốn hoặc vùng hạ vị, sốt, nhiễm trùng niệu hoặc phát hiện một khối đau và phản ứng. Vì vậy dễ nhầm lẫn với viêm ruột thừa cấp tính, viêm túi thừa Meckel, hoặc viêm phúc mạc do các nguyên nhân khác. Vi khuẩn vào nang từ bề mặt da, huyết tương, bạch huyết, đi lên từ bàng quang hoặc thông qua lỗ thủng đường tiêu hoá, thường gặp *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*. Tiến triển có thể hình thành áp-xe nang niệu rốn, có thể dẫn đến các biến chứng nặng đe dọa tính mạng như: nhiễm

khuẩn huyết, áp-xe lan toả ổ bụng, áp-xe vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc, thủng ruột, tắc ruột, nhiễm trùng tiểu tái diễn và ung thư hóa. Siêu âm là xét nghiệm hình ảnh đầu tay, CLVT có thể được dùng trong các trường hợp phức tạp, tuy nhiên có một số trường hợp chỉ được chẩn đoán xác định về áp-xe nang niệu rốn sau khi thực hiện phẫu thuật thám sát. Điều trị áp dụng 2 thì: thì đầu là dẫn lưu ổ nhiễm trùng và điều trị kháng sinh phù hợp; thì hai là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn nang niệu rốn. Có thể phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi ổ bụng, phẫu thuật nội soi tại chỗ một đường rạch và phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot.

#### Tài liệu tham khảo

- [1] Sadler TW. Urogenital system. Langman's medical embryology, 12th, Pub. Lippincott, Williams & Wilkins: Philadelphia 2012
- [2] Galati V, Donovan B, Ramji F et al. Management of Urachal Remnants in Early Childhood. J Urol 2008;180(4):1824-1827. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.03.105>
- [3] Fahmy M. Urachal Anomalies. Umbilicus and Umbilical Cord, Pub. Springer 2018:229-252.
- [4] O'Leary MP, Ashman ZW, Plurad DS et al. Urachal Cyst Causing Small Bowel Obstruction in an Adult with a Virgin Abdomen. Case Rep Surg 2016;2016:3247087. <https://doi.org/10.1155/2016/3247087>
- [5] Hung LT, Phu TD. Urachal pathology. Pediatric treatment protocol. Children's Hospital No.1, Medical Publishing House. 2020: (2), pp.98-100. (in Vietnamese)



- [6] Son LT, Linh NTT. Urachal persistence. *Clinical Pediatric Surgery. Medical Publishing House*. 2018;pp.199-204. (in Vietnamese)
- [7] Salvatore FC, Cosimo B. Laparoscopic management of urachal cysts”, *Transl Pediatr* 2016;5(4):275-281. <https://doi.org/10.21037/tp.2016.09.10>
- [8] Madeb R, Knopf JK, Nicholson C et al. The use of robotically assisted surgery for treating urachal anomalies. *BJU International* 2006;98(4):838-842. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.2006.06430.x>
- [9] Villavicencio CP, Adam SZ, Nikolaidis P et al. Imaging of the urachus: anomalies, complications, and mimics. *Radiographics* 2016;36(7):2049-2063. <https://doi.org/10.1148/rg.2016160062>
- [10] Fox JA, McGee SM, Routh JC et al. Vesicoureteral reflux in children with urachal anomalies. *J Pediatr Urol* 2011;7(6):632-635. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2011.04.001>