

Phẫu thuật cắt thận ghép: Nhân 2 trường hợp

Transplant nephrectomy: Report on 2 cases

Đỗ Ngọc Thế, Trần Đức, Nguyễn Việt Hải

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Tổng quan: Chỉ định cắt thận ghép phải đặt ra trong nhiều trường hợp mất thận ghép sớm, muộn, hay chuẩn bị cho ghép thận tiếp theo. **Trường hợp lâm sàng:** 2 bệnh nhân thận ghép mất chức năng, được phẫu thuật cắt thận ghép muộn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, cùng với tham khảo y văn trong và ngoài nước nhằm rút ra một số kinh nghiệm ban đầu. **Kết luận:** Chỉ định cắt thận ghép bắt buộc phải đặt ra trong nhiều tình huống cấp hoặc mạn tính; kỹ thuật cắt thận ghép khó khăn, có nguy cơ xảy ra nhiều tai biến-biến chứng ngoại khoa nặng nề.

Từ khoá: Cắt thận ghép, ghép thận.

Summary

Overview: Transplant nephrectomy is indicated in cases of early/late graft-loss, or preparing for next transplant surgery. **Patients presentation:** Present the information of 2 kidney-transplant patients with late graft loss who treated by allograft nephrectomy in 108 Military Central Hospital. We also refer other prior studies, in order to archive initial experience. **Conclusion:** There are some early or late graft's conditions leading to nephrectomy. The transplant nephrectomy's technique is difficult with high risk of severe surgical complications.

Keywords: Transplant nephrectomy, kidney transplant.

1. Đặt vấn đề

Ngay trong năm đầu tiên bệnh nhân được ghép thận, ước tính có khoảng 10% thận ghép mất chức năng, và sau đó mỗi năm có thêm 3 - 5% trường hợp [1]. Theo Hội Ghép tạng Việt Nam, tỷ lệ sống còn của thận ghép sau 1 năm và sau 5 năm lần lượt là 85% và 70%; tương tự, tỷ lệ sống còn của bệnh nhân sau ghép thận với 2 mốc thời gian đó là 90% và 85% [2].

Chỉ định và thời điểm phù hợp để cắt thận ghép vẫn còn nhiều tranh luận, nhất là đối với các trường hợp thận ghép mất chức năng không triệu chứng [3]. Nhiều tác giả cho rằng không nên cắt bỏ nếu không có triệu chứng, vì thận ghép tuy mất khả năng lọc nhưng vẫn có thể còn một số chức năng khác như sản xuất erythropoietin, tổng hợp vitamin D, thải trừ bớt dịch dư thừa trong cơ thể [5]. Cắt thận ghép cũng có nguy cơ xảy ra tai biến-biến chứng nặng nề, thậm chí tử vong [4], [5], [9].

Ngược lại, một số tác giả khác cho rằng thận ghép mất chức năng có thể là nguồn gốc gây nhiễm khuẩn mạn tính. Cắt bỏ thận ghép cũng

Ngày nhận bài: 28/9/2020, ngày chấp nhận đăng: 15/10/2020

Người phản hồi: Đỗ Ngọc Thế

Email: dongocthe@yahoo.com - Bệnh viện TWQĐ 108

giúp bệnh nhân tránh được các biến chứng của hội chứng suy giảm miễn dịch kéo dài, cải thiện thời gian sống còn [6], [7]; hố chậu có thể được chuẩn bị cho lần ghép thận thứ 3 [4].

Chỉ định cắt thận ghép trong những trường hợp mất thận do nguyên nhân miễn dịch (thải ghép tối cấp-cấp, thải ghép mạn), biến chứng mạch máu (huyết khối động mạch thận ghép...), nhiễm khuẩn, u thận ghép, và một số nguyên nhân khác [4]. Thời điểm cắt thận ghép cũng rất khác nhau tùy thuộc nguyên nhân [8]. Các biến chứng thường gặp nhất của cắt thận ghép bao gồm chảy máu, tụ máu, nhiễm khuẩn huyết, tụ bạch huyết, tiểu máu, rò nước tiểu, tổn thương ruột, nhiễm khuẩn vết thương... [5], [9]. Mục tiêu của bài viết này nhằm: *Bước đầu nhận xét về chỉ định và kỹ thuật nhân 2 trường hợp cắt thận ghép đầu tiên tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Trường hợp lâm sàng

2.1. Trường hợp 1

Bệnh nhân nam 34 tuổi, viêm cầu thận mạn từ nhỏ biến chứng suy thận mạn giai đoạn IV. Năm 21 tuổi bệnh nhân được mổ ghép thận vào hố chậu phải; sau đó 5 năm phải cắt thận ghép do thải ghép và được ghép thận vào hố chậu trái. Trước vào viện 2 năm bệnh nhân khám phát hiện thải ghép mạn, thận dần mất chức năng và phải lọc máu chu kỳ trở lại 1 năm nay.

Bệnh nhân vào viện chuẩn bị ghép thận lần 3, mổ cắt thận ghép 5/2018.

Siêu âm: Thận ghép ở hố chậu trái phân biệt tuỷ vỏ giảm.

CT scan: Hình ảnh thận ghép ở hố chậu trái không ngấm thuốc, tuy nhiên có hiện hình rõ động mạch vào rốn thận; bể thận giãn độ 2, tỷ trọng không đồng nhất thâm nhiễm xung quanh vùng bể thận và rốn thận.

Chẩn đoán trước mổ: Thận ghép (ở hố chậu trái) mất chức năng do thải ghép mạn.

Đường mổ cắt thận ghép theo đường mổ cũ, cắt cân cơ, vén phúc mạc, bóc lộ thận ghép. Mổ dọc bao thận ghép, bóc tách thận khỏi bao thận tới sát cuống, phẫu tích cuống thận, kẹp cắt riêng rẽ động mạch và tĩnh mạch thận; bóc lộ và kẹp cắt niệu quản ghép ở sát thành bàng quang; đặt dẫn lưu hút liên tục áp lực âm.

Thời gian mổ 85 phút. Diễn biến hậu phẫu thuận lợi, không phải truyền máu trong và sau mổ; vết mổ liền kỳ đầu, ra viện sau phẫu thuật 10 ngày.

Giải phẫu bệnh sau mổ: Viêm khe thận mạn tính, xơ hoá, mất chức năng.

Bảng 1. Xét nghiệm máu trước và sau mổ

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ
Hồng cầu (T/L)	2,89	2,71
Huyết sắc tố (g/L)	85	78
Bạch cầu (G/L)	3,25	5,71
Ure (mmol/L)	17,2	-
Creatinin (mcmol/L)	708	-

Nhận xét: Các chỉ số huyết học sau mổ không thay đổi so với trước mổ.

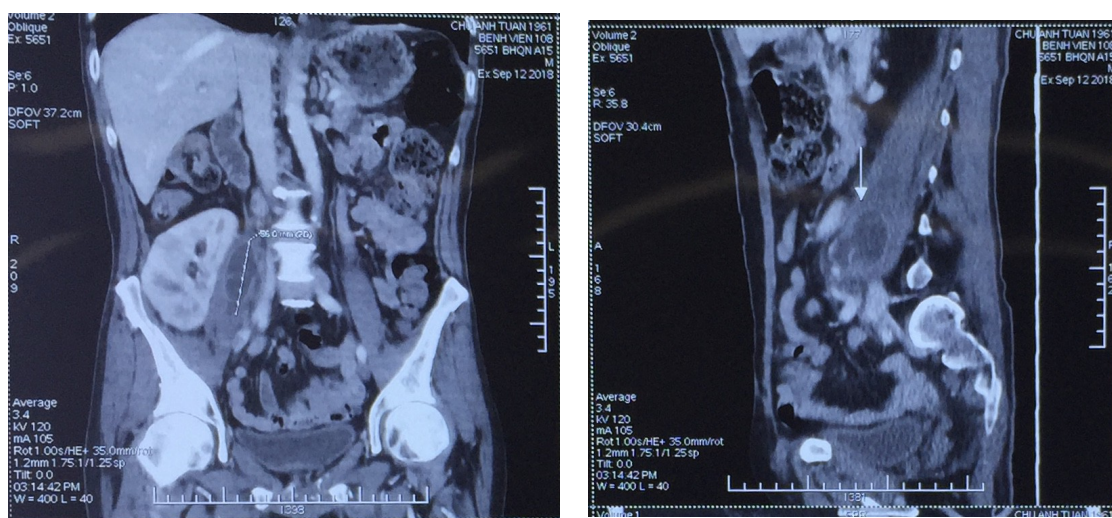
2.2. Trường hợp 2

Bệnh nhân nam 57 tuổi, tiền sử đái tháo đường biến chứng suy thận mạn giai đoạn IV. Tháng 3/2017 bệnh nhân được ghép thận vào hố chậu phải từ người cho sống. Diễn biến hậu phẫu ổn định, thận ghép hoạt động tốt. Sau 1 năm (3/2018) bệnh nhân phát hiện bị nhiễm virus BK; từ đó chức năng thận ghép giảm dần, bệnh nhân phải lọc máu chu kỳ trở lại từ 6/2019. Tháng 9/2018 bệnh nhân phát hiện viêm phổi diện rộng 2 bên, nhiều ổ áp xe ở cơ thắt lưng chậu và cơ vuông thắt lưng bên phải, biến chứng sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng; được hồi sức nâng đỡ cơ thể và phẫu thuật vào tháng 10/2018.

Siêu âm: Thận ghép ở hố chậu phải kích thước bình thường, nhu mô tăng âm, đài bể thận không giãn, quanh thận không có dịch; chỉ số RI nhu mô 0,79, chỉ số RI tại động mạch thận 0,83. CT scan: Hình ảnh thận ghép ở hố chậu phải còn ngấm thuốc, nhưng chức năng bài xuất giảm nhiều, không thấy bất thường về mạch máu thận

ghép; các ổ áp xe cơ thắt lưng chậu và cơ vuông bên phải.

Chẩn đoán trước mổ: Thận ghép (ở hố chậu phải) mất chức năng do nhiễm virus BK + áp xe cơ thắt lưng chậu phải.

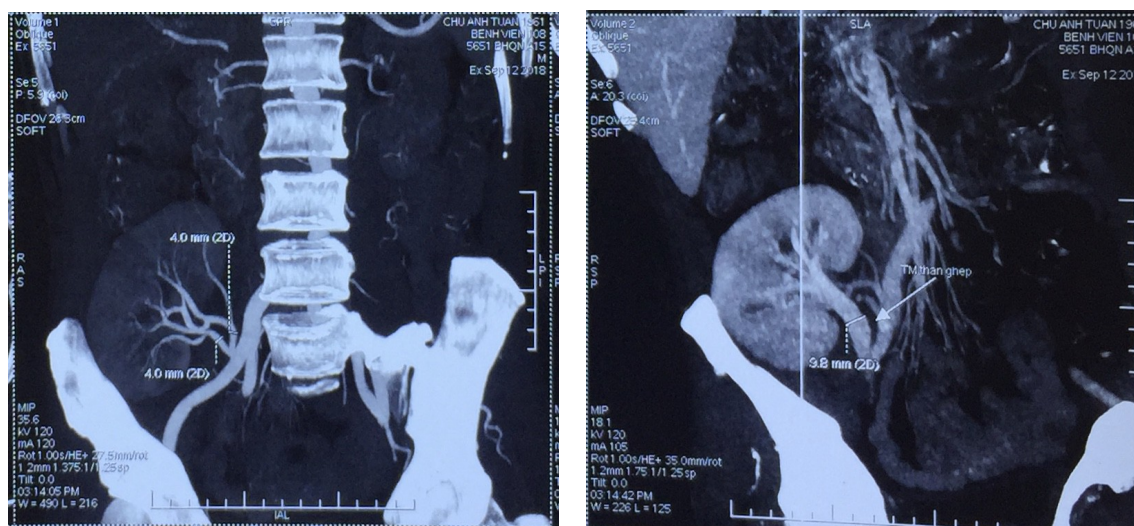


A

B

Hình 1. Hình ảnh CT scan ổ áp xe cơ thắt lưng chậu bên phải
(A: Thiết đồ cắt vành; B: Thiết đồ cắt dọc)

Nguồn: BN Chu Anh T., 1961, Số HS 18447085.



A

B

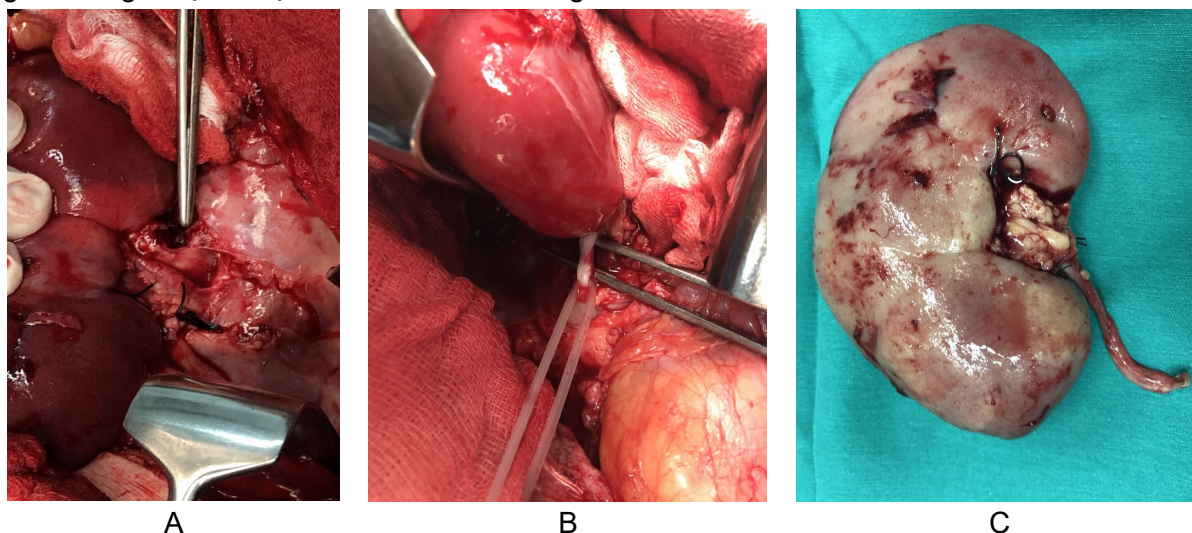
Hình 2. Hình ảnh CT scan thận ghép ở hố chậu phải
(A: Động mạch; B: Tĩnh mạch)

Nguồn: BN Chu Anh T., 1961, Số HS 18447085.

Đường mổ cắt thận ghép theo đường mổ cũ, cắt cân cơ, vén phúc mạc, bóc lộ thận ghép. Mở dọc bao thận ghép, bóc tách thận khỏi bao thận tới sát cuống, phẫu tích cuống thận, kẹp cắt riêng rẽ động mạch và tĩnh mạch thận; bóc lộ niệu quản ghép, kẹp cắt niệu quản ở sát thành bàng quang; đặt dẫn lưu ổ mổ thông thường. Rạch dọc theo cơ thắt lưng

chậu phải, thấy có 3 ổ áp xe, lấy dịch mủ cấy khuẩn, rửa sạch, nhét mèche. Thời gian mổ chung 150 phút (90 phút từ lúc rạch da đến cắt thận ghép, 60 phút xử lý áp xe cơ thắt lưng chậu và khâu vết mổ).

Bệnh nhân không phải truyền máu trong và sau phẫu thuật.



A

B

C

Hình 3. Hình ảnh trong mổ cắt thận ghép

(A: Động-tĩnh mạch thận; B: Niệu quản; C: Thận ghép được cắt ra)

Nguồn: BN Chu Anh T., 1961, Số HS 18447085

Bảng 2. Xét nghiệm máu trước và sau mổ

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ
Hồng cầu (T/L)	3,89	3,93
Huyết sắc tố (g/L)	101	104
Bạch cầu (G/L)	7,65	5,45
Ure (mmol/L)	14,7	14,3
Creatinin (mcmol/L)	590	479

Nhận xét: Các chỉ số huyết học và sinh hoá ngay sau mổ không thay đổi so với trước mổ.

Giải phẫu bệnh sau mổ: Viêm khe thận mạn tính.

Tuy nhiên, sau mổ tình trạng toàn thân tiếp tục tăng nặng, bệnh nhân suy đa tạng, tử vong ở tuần thứ 3 sau mổ.

3. Bàn luận

3.1. Chỉ định cắt thận ghép

Nghiên cứu của Secin (2003) trên 91 trường hợp cắt thận ghép thấy có tới 86,8% thận hỏng do thải ghép, trong đó thải ghép mạn chiếm 58,2%; các nguyên nhân khác ít gặp hơn là huyết khối mạch máu (3,3%), nhiễm khuẩn (3,3%), u thận ghép (2,2%); chỉ định cắt thận ghép cấp cứu cho 12 bệnh nhân (13,2%), do nhiễm khuẩn huyết, tắc mạch do huyết khối, vỡ thận ghép [4].

Mazzucchi (2003) thống kê số liệu từ 1 trung tâm ghép thận của Brazil từ 1994 đến 2002, tổng cộng 762 ca ghép thận (445 quả thận từ người cho chết não), có 70 trường hợp (9,2%) sau đó phải chỉ định cắt thận ghép, với 23 phẫu thuật trong vòng 2 tháng đầu sau ghép (trung bình 14,6 ngày) và 47 phẫu thuật (trên 44 bệnh nhân) diễn ra từ tháng thứ 3 sau ghép thận (trung bình 44,7 tháng; lâu nhất là 312 tháng). Các nguyên

nhân phải cắt thận ghép sớm chủ yếu là thải ghép cấp (47,8%), bên cạnh đó là huyết khối động mạch thận ghép (17,4%), huyết khối tĩnh mạch thận ghép (8,7%), vỡ thận ghép (13%)...; nguyên nhân cắt thận ghép muộn chủ yếu là thải ghép mạn, chiếm tới 66%.

Sun (2013) báo cáo 42 trường hợp cắt thận ghép từ tháng 1/2005 đến 12/2012 với 17 ca cắt thận ghép sớm trong vòng 6 tháng (71% do thải ghép cấp) và 25 ca sau 6 tháng (95% do thải ghép mạn), với thời gian sống trung bình của thận ghép là 24 tháng [8].

Bonilla (2015) hồi cứu 70 ca cắt thận ghép từ 1995 đến 2013 trên tổng số 996 ca ghép thận, cho thấy chỉ định cắt thận ghép do thải ghép mạn tính chiếm tới 58,5%, huyết khối mạch máu 15,7%; mổ theo kế hoạch chiếm đa số 78,5%. Trong nhóm thải ghép mạn, thời gian sống của thận ghép trung bình là 55 tháng, triệu chứng thường gặp nhất là sốt (75%), tiểu máu (34%), đau vùng thận ghép (24%) [9].

Như vậy, có thể thấy rằng chỉ định cắt thận ghép gồm 2 nhóm: 1) Chỉ định tuyệt đối (thường là chỉ định mổ cấp cứu trong các trường hợp thải ghép cấp-tối cấp, vỡ thận ghép, huyết khối mạch máu cấp tính...) và 2) Chỉ định tương đối (thường do thải ghép mạn tính...). Báo cáo này có 2 bệnh nhân được cắt thận ghép với chỉ định phù hợp với các nghiên cứu đã dẫn: 1 trường hợp thận mất chức năng do thải ghép mạn, 1 trường hợp biến chứng nhiễm khuẩn.

Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy cắt thận ghép làm tăng tỷ lệ sống còn của bệnh nhân thận mất chức năng sau ghép. Ayus (2010) thống kê đa trung tâm trên 10951 bệnh nhân thận mất chức năng sau ghép phải quay lại lọc máu chu kỳ từ tháng 1/1994 đến 12/2004, trong đó 3451 (31,5%) được phẫu thuật cắt thận ghép [7]. Tỷ lệ tử vong chung trong quá trình theo dõi lên tới 34,6%, tuy nhiên nhóm được cắt thận ghép có nguy cơ tử vong thấp hơn 32% so với tỷ lệ chung. Szabo (2013) nghiên cứu trên 57 bệnh nhân thận ghép mất chức năng phải lọc máu chu kỳ, với 43 bệnh nhân được cắt thận ghép và 14

bệnh nhân không cắt thận ghép, cho thấy tỷ lệ tử vong trong vòng 1 năm và sau 1 năm tính từ thời điểm lọc máu trở lại của nhóm cắt thận ghép (lần lượt là 6,9% và 23,2%) thấp hơn rõ rệt so với nhóm không cắt thận ghép (21,4% và 50%) [6].

3.2. Kỹ thuật cắt thận ghép

Có 2 kỹ thuật cắt thận ghép được mô tả là cắt thận ngoài bao (xơ) và cắt thận dưới bao. Về nguyên tắc là phải loại bỏ toàn bộ các thành phần của thận ghép, tuy nhiên kỹ thuật cắt thận ngoài bao xơ thường chỉ thực hiện được trong thời gian sớm sau ghép; ở thời gian sau, tổ chức hoá xung quanh thận ghép khiến cho việc bóc tách là không khả thi, có thể gây tổn thương cơ quan xung quanh.

Báo cáo của Mazzucchi (2003) cho thấy nhóm 23 bệnh nhân được cắt thận ghép sớm trong vòng 2 tháng sau ghép đều thực hiện theo kỹ thuật cắt thận ngoài bao; trong khi nhóm 47 ca cắt thận ghép muộn chỉ 17 ca (36,2%) được thực hiện theo kỹ thuật ngoài bao, còn lại 30 ca (63,8%) cắt thận dưới bao, với thời gian mổ lần lượt là 125 phút và 109 phút [2]. Nghiên cứu của tác giả cho thấy ngoài thời gian mổ ngắn hơn, cắt thận ghép dưới bao có lượng máu mất nhiều hơn, cũng như tỷ lệ phải truyền máu cao hơn so với cắt thận ghép ngoài bao; ngoài ra tỷ lệ tai biến biến chứng của 2 kỹ thuật là tương đương.

Tương tự, Akoh (2011) cũng cho rằng lựa chọn kỹ thuật cắt ngoài bao hay trong bao tùy thuộc thời điểm cắt thận ghép là sớm hay muộn [3]. Bonilla (2015) cho rằng so sánh 2 kỹ thuật cắt thận là không cần thiết vì chỉ định khác nhau, cũng như diễn ra trong những thời điểm, tình trạng bệnh nhân khác nhau [9].

Cần lưu ý là phân chia thời điểm cắt thận ghép sớm/muộn cũng không thống nhất, Mazzucchi (2003) lấy mốc là trước/sau ghép 2 tháng, Sun (2013) lấy mốc là 6 tháng, Bonilla (2015) lấy mốc là 6 tuần sau ghép [5], [8], [9].

Báo cáo này của chúng tôi có 2 bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt thận ghép theo kỹ thuật cắt dưới bao do thời điểm cắt thận ghép muộn;

bên cạnh đó trong quá trình phẫu thuật chúng tôi nhận thấy kỹ thuật cắt thận ngoài bao là bất khả thi.

3.3. Tai biến biến chứng

Tỷ lệ tai biến-biến chứng của phẫu thuật cắt thận ghép rất cao theo một số báo cáo được tham khảo.

Secin (2003) báo cáo tỷ lệ 48,3% (44/91 bệnh nhân) xuất hiện ít nhất 1 biến chứng của phẫu thuật; trong đó chảy máu thường gặp nhất (tụ máu ổ mổ 31,8%, chảy máu qua vết mổ 31,8%, chảy máu trong ổ 13,6%); ngoài ra sốt không rõ nguyên nhân 20,4% [4]. Nghiên cứu cũng chỉ ra nguyên nhân phải mổ lại sau cắt thận ghép bao gồm 5 trường hợp khối máu tụ ổ mổ biến chứng nhiễm khuẩn, 2 trường hợp sốc mất máu/tụ máu sau phúc mạc, 1 trường hợp viêm phúc mạc toàn thể, 1 trường hợp chảy máu kéo dài qua dẫn lưu và 1 trường hợp áp xe ổ mổ.

Mazzucchi (2003) báo cáo biến chứng chủ yếu của phẫu thuật cắt thận ghép là mất máu, với lượng máu mất trung bình trong ổ của nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt thận ghép sớm là 434ml (20 - 3000) và nhóm cắt thận ghép muộn là 546ml (60 - 2200), với số bệnh nhân phải truyền máu tương ứng lần lượt là 9 (39,1%) và 22 (46,8%). Các biến chứng khác gặp với tỷ lệ thấp hơn, như tụ máu hố chậu, nhiễm khuẩn ổ mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, tụ máu dưới vết mổ...; 1 bệnh nhân tử vong do nhiễm độc từ thiếu máu ruột non [5].

Đặt dẫn lưu hút liên tục áp lực âm ổ mổ dường như không làm giảm biến chứng tụ máu sau mổ. Nghiên cứu của Mazzucchi (2003) cũng cho thấy trong nhóm cắt thận ghép muộn có 20 bệnh nhân đặt dẫn lưu hút liên tục áp lực âm có tới 3 bệnh nhân bị tụ máu và 1 bệnh nhân bị áp xe ổ mổ (20%); trong khi 27 bệnh nhân không đặt dẫn lưu hút áp lực âm thì chỉ có 2 trường hợp tụ máu ổ mổ (7,4%) [5].

Sun (2013) cho rằng điều trị chống thải ghép trước mổ làm tăng nguy cơ xảy ra các tai biến biến chứng, đặc biệt là chảy máu [8].

Bệnh nhân thứ nhất trong báo cáo này được cắt thận ghép muộn do thải ghép, trong và sau mổ không có diễn biến bất thường, được đặt dẫn lưu hút liên tục áp lực âm, vết thương liền kỳ đầu. Bệnh nhân thứ hai cũng không xuất hiện biến chứng chảy máu trong và sau mổ; tuy nhiên vết thương chậm liền vì có đặt meche vào các ổ áp xe cơ thắt lưng chậu.

Bonilla (2015) báo cáo tỷ lệ biến chứng nặng (độ III và IV) sau mổ cắt thận ghép theo phân độ Clavien xảy ra ở 15 bệnh nhân (21,4%), với 12 bệnh nhân bị tụ máu ổ mổ, phải mổ lại 4 bệnh nhân (5,7% trên tổng số 70 ca); 8 bệnh nhân tử vong sau mổ (11,4%), có tới 4 trường hợp có nguyên nhân là nhiễm khuẩn nặng, và 6 trường hợp trong nhóm cắt thận ghép cấp cứu [10].

Bệnh nhân tử vong sau mổ trong báo cáo của chúng tôi cũng xuất phát từ nguyên nhân nhiễm khuẩn nặng, suy đa tạng.

5. Kết luận

Trong y văn ghi nhận cho đến nay cắt thận ghép là phẫu thuật khó, nhiều tai biến biến chứng nặng có thể dẫn tới tử vong, hay gặp nhất là chảy máu, nhiễm khuẩn. Chỉ định thường gặp của cắt thận ghép cấp cứu là tổn thương thận không hồi phục do thải ghép cấp hoặc do biến chứng mạch máu; chỉ định thường gặp của cắt thận ghép muộn là thải ghép mạn. Hai bệnh nhân trong báo cáo có chỉ định phù hợp, quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi, trong thời gian hậu phẫu không có diễn biến bất thường về ngoại khoa.

Tài liệu tham khảo

1. Lamb KE, Lodhi S and Meier-Kriesche HU (2011) *Long-term renal allograft survival in the United States: A critical reappraisal*. Am J Transplant 11(3): 450-462.
2. Hội Ghép tạng Việt Nam (2017) *Đời sống và sinh hoạt sau ghép thận*. Hướng dẫn Ghép thận Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, tr. 242-266.

3. Akoh JA (2011) *Transplant nephrectomy*. World J Transplant 1(1): 4-12.
4. Secin FP, Rovegno AR, del Rosario Brunet M et al (2003) *Cumulative incidence, indications, morbidity and mortality of transplant nephrectomy and the most appropriate time for graft removal: Only nonfunctioning transplants that cause intractable complications should be excised*. J Urol 169(4): 1242-1246.
5. Mazzucchi E, Nahas WC, Antonopoulos IM et al (2003) *Surgical complications of graft nephrectomy in the modern transplant era*. J Urol 170(3): 734-737.
6. Szabo RP, Klenk N, Balla J et al (2013) *Prognosis of dialysed patients after kidney transplant failure*. Kidney Blood Press Res 37(2-3): 151-157.
7. Ayus JC, Achinger SG, Lee S et al (2010) *Transplant nephrectomy improves survival following a failed renal allograft*. Journal of the American Society of Nephrology 21(2): 374-380.
8. Sun IO, Hong YA, Park HS et al (2013) *Comparison of the clinical characteristics of renal transplant recipients who underwent early versus late graft nephrectomy*. Transplant Proc 45(8): 2953-2956.
9. Bonilla AJA, Alfaro AG, Henández JPC et al (2015) *Review of a transplantectomy series*. Transplantation Proceedings 47(1): 81-83.