

DOI: 10.59715/pntj.mp.1.1.17

Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận

Trương Hoàng Minh², Trần Thanh Phong¹, Trần Lê Duy Anh¹, Lê Hoàng Thịnh¹, Trần Hải Phong¹, Ngô Quang Trung¹, Nguyễn Thanh Quang¹, Trương Sỹ Vinh¹, Nguyễn Hoàng Sáng¹, Lê Đình Hiếu²

¹Bác sĩ khoa Ngoại niệu - Ghép thận BVND 115.

²Bác sĩ khoa Ngoại niệu - Ghép thận BVND 115 & cán bộ giảng Bộ môn Thận niệu - nam khoa Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Tóm tắt

Mục tiêu nhằm: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ghép thận và tỉ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận, kết quả điều trị các biến chứng ngoại khoa tại Bệnh viện nhân dân (BVND) 115.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Tuổi trung bình: $43,60 \pm 11,97$ tuổi (16-76) với nam: 220/313 trường hợp (TH) (70,3%) và nữ: 93/313 TH (29,7%). Có 4,2% TH ghép thận lần 2. Lấy thận trái để ghép: 70,6% TH, đặt thận ghép ở hố chậu phải: 94,2% TH. Thận ghép có bất thường mạch máu: 18,21% TH trong đó bất thường ĐM: 11,82%, TM: 6,07% và bất thường cả ĐM và TM: 0,31%.

- Biến chứng mạch máu (hẹp chỗ nối): 0,95%, huyết khối TM: 0,63%, chảy máu vết mổ: 0,63%. Biến chứng niệu (rò): 0,31%. Gập cuống thận: 0,31%, Biến chứng tụ dịch Lymphocele: 0,63% được điều trị thành công.

Kết luận: Ghép thận tại BVND 115 là hiệu quả, an toàn, tỉ lệ biến chứng ngoại khoa thấp.

Từ khóa: Ghép thận từ người hiến sống, biến chứng ngoại khoa.

Abstract

Surgical complications of renal transplant

Introduction: To evaluate the clinical features of the recipients and the surgical complications of renal transplantation from living donor and results of treatment at 115 People's Hospital.

Materials and Methods: Retrospective 313 consecutive recipients at 115 People's Hospital

Results: The average age of recipients: 43.60 ± 11.97 years old (16-76 years old), with 220 cases (70.3 %) were male and 93 cases (29.7 %) were female. The second transplant: 4.2% cases, kidney transplant from left kidney: 70.6% cases, Place the transplanted kidney in the right iliac fossa: 94.2% cases. There are 18.21 % had abnormal vascular kidney transplant which abnormal artery is 11.82%, abnormal vein is 6.07% and 0.31% is both.

The vascular complications (anastomotic stenosis): 0.95% cases, venous thrombosis: 0.63% cases, incision bleeding: 0.63% cases. The urologic complications (leak): 0.31%, angulation of the renal peduncle: 0.31% cases, Lymphatic complication: 0.63% with good results of treatment.

Conclusions: The kidney transplantation at 115 people's Hospital is good results, low rate of surgical complications

Keywords: Renal transplantation from living donor, surgical complications.

Ngày nhận bài:

01/12/2021

Ngày phản biện:

21/12/2021

Ngày đăng bài:

20/01/2022

Tác giả liên hệ:

Trương Hoàng Minh

Email:

hoangminhbvnd115

@gmail.com

ĐT: 903982107

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị thay thế thận mang lại chất lượng cuộc sống tốt nhất cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối. Mặc dù vậy, sau ghép thận có thể gặp các biến chứng về ngoại khoa và nội khoa. Ngày nay, tỉ lệ biến chứng sau ghép thận đã giảm rõ rệt. Tỉ lệ thải ghép cấp trong 6 tháng đầu sau ghép giảm từ 20% xuống còn gần 10% và tỉ lệ mất thận ghép xuống còn 5% trong 6 tháng đầu. Các biến chứng ngoại khoa gồm: Biến chứng mạch máu sau ghép thận (1-2%), nhiễm trùng vết mổ (1%), tụ dịch bạch huyết (lymphocele) (18%), chảy máu, huyết khối động tĩnh mạch (0,5% - 8%), hẹp động mạch thận, các biến chứng niệu khoa 0,9 - 8% (trung bình 3%) tùy theo các trung tâm [1]. Bệnh viện Nhân Dân (BVND) 115 ghép thận từ người hiến sống từ 2004 đến nay đã trở thành phẫu thuật thường quy. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu:

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ghép thận tại BVND 115.

- Khảo sát tỉ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận và kết quả điều trị các biến chứng tại BVND 115.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân được ghép thận từ tháng 2-2004 đến tháng 8-2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả các bệnh nhân được ghép thận tại bệnh viện Nhân Dân

115 từ tháng 2-2004 đến tháng 8-2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân có hồ sơ không ghi đủ các thông tin biến số kết cục chính.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca.

Các bước tiến hành: Trích lục hồ sơ bệnh án cả người nhận và người hiến thận, bệnh án theo dõi. Ghi nhận các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới, quan hệ giữa người nhận và người hiến, tương hợp HLA, ghép lần 1,2, mổ mở lấy thận hay mổ nội soi (có robot hỗ trợ hay không), lấy thận phải hay trái...

- Các biến số như biến chứng ngoại khoa được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án và hồ sơ tái khám bao gồm: Biến chứng mạch máu, biến chứng niệu khoa. Biến chứng khác: Lymphocele, chảy máu...

Xử lý số liệu với phần mềm SPSS 16.5. Biến số định tính được trình bày dưới tỉ lệ %, biến số định lượng trình bày dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính sử dụng phép kiểm χ^2 bình phương (Chi square test). Biến số định lượng sử dụng phép kiểm T (t-test) sẽ được sử dụng để khảo sát so sánh sự khác biệt của các biến số định lượng có phân phối chuẩn mẫu độc lập giữa 2 nhóm tính chất.

3. KẾT QUẢ

Có 313 trường hợp (TH) ghép thận từ người sống hiến thận:

- Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng bệnh nhân ghép thận tại BVND 115.

- Tuổi và giới người nhận - hiến thận:

Bảng 1. Tuổi và giới người nhận và hiến thận

Đặc điểm		Người nhận	Người hiến
Tuổi (t)		43,60 ± 11,97 t (16-76 t)	29,58 ± 7,48 t (18 - 62 t)
Giới	Nam	220/313 TH (70,3%)	232/313 TH (74,1%)
	Nữ	93/313 (29,7%)	81/313 TH (25,9%)

- Quan hệ của người nhận thận với người hiến
- Có 30/313 TH (9,6%) ghép cùng huyết thống và 283/313 TH (90,4%) không có quan hệ huyết thống

- Tương hợp HLA: Tương hợp 0/6:2TH (0,6%), 1/6: 27 TH (8,6%), 2/6: 73 TH (23,3%), 3/6: 105 TH (33,5%), 4/6: 61 TH (19,5%), 5/6: 36 TH (11,5%), 6/6:9 TH (2,6 %)

- Số lần ghép thận: Có 13/313 TH (4,2%)

ghép thận lần thứ 2

- Phương pháp mổ lấy thận để ghép: Có 23/313 TH (7,3%) mổ nội soi ổ bụng lấy thận để ghép còn lại lấy thận qua mổ mở và nội soi sau phúc mạc. Có 4 TH lấy thận qua nội soi có sự hỗ trợ của cánh tay Robot Dex.

- Bên lấy thận để ghép, bên đặt thận ghép:

- Lấy thận phải để ghép có 92/313 TH (29,4%) và lấy thận trái để ghép: 221/313 TH (70,6%).

- Có 18/313 TH (5,8%) đặt thận ghép ở hố chậu trái, 295/313 TH (94,2%) đặt thận ghép ở hố chậu phải.
- Tỷ lệ thận ghép có bất thường mạch máu:

Bảng 2. Tình trạng mạch máu của thận ghép

Mạch máu thận ghép		Số TH		%	
Bất thường động mạch [ĐM] (≥ 2 ĐM)		37		11,82	
Bất thường tĩnh mạch [TM]	≥ 2 TM	4	19	1,27	6,07
	TM ngắn	15		4,79	
Bất thường cả ĐM + TM		1		0,31	
Tổng cộng		57/313		18,21 %	

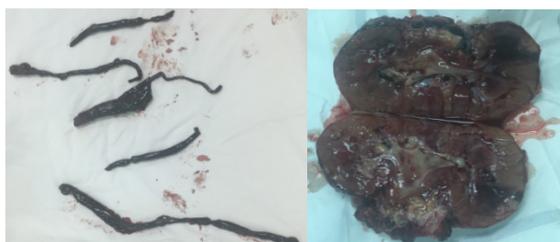
- Tỷ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận và kết quả điều trị các biến chứng tại BVND 115

- Biến chứng mạch máu:

- Biến chứng tắc, hẹp động mạch thận ghép sớm: 0/313 TH (0%).

- Hẹp chỗ nối mạch máu muộn (sau 6 tháng): Có 3/313 TH (0,95%) ở nhóm mạch máu bình thường. Cả 3 TH đều được thực hiện khâu nối với ĐM chậu trong kiểu tận-tận. Tất cả được can thiệp nội mạch (đặt Stent) sau đó ổn định. Ngược lại không có TH nào hẹp động mạch ở nhóm bất thường mạch máu.

- Có 2/313 TH (0,63%) huyết khối TM xuất hiện ở nhóm có mạch máu bình thường. Trường hợp thứ nhất xuất hiện ngày 20 sau mổ (sau khi xuất viện 6 ngày), nhập viện vì vô niệu, siêu âm và CT-Scan ghi nhận huyết khối, BN được mổ lấy huyết khối nhưng thận không bảo tồn được phải cắt bỏ. Trường hợp số 2 xuất hiện 1 tháng sau mổ, trường hợp này sau khi mổ lấy huyết khối, điều trị kháng đông thành công với sử dụng Heparin trọng lượng phân tử thấp.



Hình 1. Huyết khối tĩnh mạch thận sau ghép thận.

- Biến chứng niệu khoa

- Rò bể thận: 1/313 TH (0,31%) do kỹ thuật lấy thận, phát hiện trong giai đoạn hậu phẫu, mổ lại khâu lỗ rò.

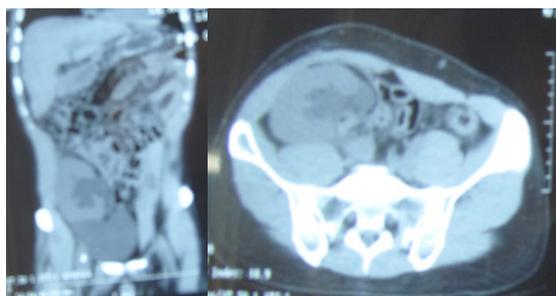
- Rò chỗ khâu nối niệu quản - bàng quang: 1/313 TH (0,31%), điều trị bảo tồn thành công (đặt lại thông tiểu)

- Biến chứng khác:

- Chảy máu vết mổ: 2/313 TH (0,63%), mổ lại kiểm tra cầm máu

- Gập cuống thận: 1/313 TH (0,31%), mổ đặt lại vị trí thận ghép.

- Tụ dịch Lymphocele sau mổ: 2/313 TH (0,63%)



Hình 2. Tụ dịch Lymphocele sau ghép thận.

3. BÀN LUẬN

- Đặc điểm chung

- Các bệnh nhân ghép thận tại BVND 115 tuổi trung bình 43,6 tuổi và nam nhiều hơn nữ, đây là lực lượng lao động chính của gia đình và xã hội. Sohail Raziq và cs nghiên cứu 105 TH ghép thận tuổi trung bình 38 tuổi, nam 83,8% và nữ 16,2% [2]. Ng. D. Điền nghiên cứu 109 TH ghi nhận tuổi trung bình 35,4 tuổi, nam 68%, nữ 32% [3].

- Đa số các trường hợp ghép không cùng huyết thống với sự tương hợp HLA 2/6, 3/6 và 4/6 locus. Có 4,2% ghép thận lần thứ 2 do thận ghép lần đầu mất chức năng. Thời gian đầu thực hiện ghép thận chúng tôi mổ mở lấy thận để

ghép, 5 năm sau này chúng tôi thực hiện đa số qua nội soi (sau phúc mạc + qua ổ bụng), có 4 TH chúng tôi lấy qua nội soi ổ bụng có cánh tay Robot Dex hỗ trợ. Đa số các TH (70,6%) lấy thận trái để ghép, tuy nhiên chúng tôi đặt thận ghép ở hố chậu phải là đa số. Các trường hợp đặt thận ghép ở hố chậu trái về sau chủ yếu do ghép thận lần đầu ở HC phải. Không ghi nhận khó khăn gì khi lấy thận phải (người hiến) và ghép ở HC phải.

- Vấn đề bất thường mạch máu của thận ghép là một thách thức cho phẫu thuật viên và có thể ảnh hưởng đến đời sống thận ghép. Chúng tôi có 18,21% TH có bất thường mạch máu trong đó bất thường ĐM: 11,82%, TM: 6,07%, bất thường cả ĐM và TM: 0,31%. Các bất thường ĐM chúng tôi ưu tiên sửa chữa mạch máu tại bàn rửa thận nhằm giảm thời gian thiếu máu nóng lần 2 (thời gian thiếu máu ấm). Riêng những trường hợp phải nối với ĐM thượng vị dưới, chúng tôi ưu tiên nối xong nhánh chính rồi nối nhánh phụ với ĐM thượng vị dưới sau.

- Tỷ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận và kết quả điều trị các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận

- Chúng tôi không ghi nhận TH nào tắc - hẹp tại vị trí khâu nối sớm sau mổ, điều này phản ánh kỹ thuật khâu nối là phù hợp. Có 0,95% TH hẹp tại vị trí khâu nối sau mổ > 6 tháng. Các TH này ĐM thận đều nối tận - tận với ĐM chậu trong, về sau chúng tôi ưu tiên thực hiện nối ĐM thận với ĐM chậu ngoài hay ĐM chậu chung kiểu tận - bên không ghi nhận biến chứng này. Các TH hẹp này phát hiện nhờ tầm soát định kỳ siêu âm Doppler mỗi tháng 1 lần/6 tháng đầu sau ghép, đặt stent qua can thiệp nội mạch thành công cả 3 TH.

- Vấn đề huyết khối TM sau ghép là biến chứng nặng, trong 2 TH biến chứng huyết khối TM xuất hiện muộn sau mổ, 1 TH thất bại vì khi can thiệp đã huyết khối toàn bộ thận ghép, thuyên tắc TM phổi, TH này tiền căn bệnh lý tăng đông, sử dụng kháng đông không hiệu quả. Trường hợp thứ 2 chúng tôi can thiệp kịp thời, lấy máu tụ ở TM chậu ngoài và một phần TM thận, sử dụng kháng đông sau đó thành công. Những TH ghép thận sau đó chúng tôi phân tầng nguy cơ đông máu và sử dụng thuốc kháng đông trọng lượng phân tử thấp dự phòng không ghi nhận TH nào huyết khối TM sau đó. Sohail Raziq ghi nhận 6,66% biến chứng mạch máu,

mất thận ghép là 3,8% và tử vong là 0,95%. Tác giả kết luận biến chứng mạch máu cần phát hiện và can thiệp sớm nhằm tránh mất thận ghép [2].

- Biến chứng niệu chiếm 0,9-8% (trung bình 3%) tùy theo tác giả [4]. Chúng tôi ghi nhận có 0,31% TH rò tại vị trí khâu nối niệu quản (NQ) vào bàng quang (BQ). Điều trị bảo tồn thành công. Nguyên nhân có thể do vết khâu NQ vào BQ chưa lành, rút thông tiểu sớm (5 ngày), bệnh nhân rặn tiểu quá mạnh. Thông thường chúng tôi rút thông tiểu vào ngày thứ 7 sau mổ, những bệnh nhân mập, bàng quang bé có thể để lâu hơn. Ngược lại những bệnh nhân mổ thuận lợi, thận ghép không có bất thường về mạch máu hay niệu quản, chúng tôi rút thông tiểu sớm. Biến chứng niệu theo Sohail Raziq: 2,85%, can thiệp chủ yếu bằng X-quang và phẫu thuật nhưng hiếm gây mất thận ghép [2]. Ng.D. Điền: 0,9% rò nước tiểu [3], Tr. Ng. Sinh: 2,1% [5]. Chúng tôi không ghi nhận TH nào hẹp hay trào ngược BQ-NQ muộn sau ghép với kỹ thuật tạo đường hầm chống trào ngược tại BVND 115.

- Biến chứng khác: có 2 TH (0,63%) chảy máu vết mổ sau ghép, phát hiện ngay sau khi ra hậu phẫu, dẫn lưu ổ mổ ra dịch đỏ tươi. Quyết định mở lại vết mổ thấy 1 TH chảy bởi 1 mạch máu ở cơ thành bụng, 1 TH chảy do tuột chỉ cột ĐM thượng vị dưới. Cả 2 TH cầm máu tại chỗ ổn định, thận ghép hoạt động tốt. Ng. D. Điền: 1,8% chảy máu [3]. Tr. Ng. Sinh: 1,04% [5]. Các tác giả khuyến cáo nên mạnh dạn mở lại vết mổ sớm để kiểm tra tránh làm mất máu cho bệnh nhân. Có 1 TH gập góc cuống thận, thận ghép bài niệu rất tốt ngay trên bàn mổ. Tuy nhiên ra hậu phẫu vô niệu, siêu âm ghi nhận thận ghép tưới máu kém. Mở lại vết mổ thấy thận mềm, tím, gập góc cuống thận. Sau khi chỉnh lại vị trí thận ghép thận hồng lại ngay tức thì. Theo kinh nghiệm, nếu mất bài niệu đột ngột nên thực hiện siêu âm Doppler và mạnh dạn mở vết mổ kiểm tra thận ghép sớm sẽ có kết quả tốt.

Có 2 TH (0,63%) tụ dịch Lymphocele, 1 TH hình thành ngay trong giai đoạn hậu phẫu khi chưa rút dẫn lưu (sau mổ dẫn lưu khô nhưng sau đó xuất hiện lại, ra 100 ml/ngày), làm test Bleu - methylene âm tính, chụp bàng quang có bơm thuốc cản quang không ghi nhận dấu thoát thuốc, thử xét nghiệm dịch ra ở dẫn lưu ghi nhận dịch lympho. Quyết định để dẫn lưu sau 2 tuần khô cho rút. Trường hợp thứ 2 hình thành sau mổ 1 tháng (đã rút dẫn lưu), ổ tụ dịch lớn

gây thận ứ nước. Ng. D. Điền: 0,9% [3] và Tr. Ng. Sinh: 3,5% tụ dịch lymphocele [5]. Trường hợp lymphocele của chúng tôi: chọc hút dẫn lưu qua siêu âm ra 300 ml dịch thử là dịch Lympho, lưu ống dẫn lưu 10 ngày dẫn lưu khô cho rút. Cách xử trí của chúng tôi theo hướng dẫn của tác giả A Mehrabi và cs, định nghĩa tụ dịch Lymphocele khi thể tích > 50 ml/ngày (không phải nước tiểu, máu hay mủ) hoặc hình thành sau khi đã rút dẫn lưu 1 tuần. Tác giả phân 3 mức độ (A,B,C) cho rằng tụ dịch Lymphocele nhiều, ảnh hưởng đến thận ghép (grad C) mới cần can thiệp ngoại khoa [6].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Du Thị Ngọc Thu (2019), Kỹ thuật ghép thận. NXB Đại học quốc gia Tp. HCM.
2. Sohail Raziq., Faran Kiani., Muhammad Asghar Sipra et al (2018), “Surgical complications of renal transplant: experience of a tertiary care urology institute in Pakistan” , Pak Armed Forces Med J ; 68(6): p.1522-26.
3. Nguyễn Duy Điền., Hoàng Khắc Chuẩn., Thái Minh Sâm et al (2021), “Ghép thận có nhiều động mạch thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, Tạp chí y dược học - Trường đại học y dược Huế, số đặc biệt hội nghị khoa học lần XIV, Hội tiết niệu thận học Việt Nam, tr.401-406.
4. Jacob A.Akoh, Abdu S Opaluwa, David Weller (2009) “Urological complications of renal transplantation: reducing the risk” Saudi J Kidney Dis Transpl; 20:p.1005-9.
5. Trần Ngọc Sinh., Du Thị Ngọc Thu (2016), “Kết quả phẫu thuật 285 trường hợp ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1992 - 2013”, Kỹ yếu công trình ghép thận Bệnh viện Chợ Rẫy 2011-2016- NXB Y học.
6. A Mehrabi., Y Kulu., M Sabagh (2020), “Consensus on definition and severity grading of lymphatic complications after kidney transplantation”, Br J Surg ; 107(7): p.801-811.

4. KẾT LUẬN

- Đa số các TH (90,4%) ghép không cùng huyết thống, có 4,2% ghép thận lần 2, lấy thận trái để ghép: 70,6%, đặt thận ghép ở hố chậu phải: 94,2%, thận ghép có bất thường mạch máu: 18,21% (ĐM: 11,82%, TM: 6,07% và bất thường cả ĐM và TM: 0,31%).

- Biến chứng mạch máu (hẹp chỗ nối): 0,95%, huyết khối TM: 0,63%, chảy máu vết mổ: 0,63%. Biến chứng niệu (rò): 0,31%. Gập cuống thận: 0,31%, Tụ dịch Lymphocele: 0,63%. Chỉ có 1 trường hợp huyết khối TM không bảo tồn được, các trường hợp còn lại được điều trị thành công.