

KỸ THUẬT TRỒNG NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG TRONG GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN 103 (NHÂN 100 TRƯỜNG HỢP)

*Lê Anh Tuấn**; *Hoàng Mạnh An**; *Lê Trung Hải**
*Vũ Thắng**; *Trần Văn Hình**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 100 bệnh nhân (BN) suy thận mạn (STM) giai đoạn cuối được mổ ghép thận từ tháng 6 - 1992 đến 03 - 2012 tại Bệnh viện 103. Trong đó, 77 BN nam và 23 BN nữ, tuổi từ 17 - 65. 98 BN nhận thận từ người sống cho thận và 2 BN nhận thận từ người cho chết não. BN được trồng niệu quản (NQ) thận ghép vào bàng quang (BQ) người nhận sau khi khâu nối thành công mạch máu. 28 BN trồng NQ vào BQ người nhận bằng kỹ thuật Leadbetter-Politano và 72 BN bằng kỹ thuật Lich-Gregoir. Biến chứng sớm về niệu khoa sau mổ: 4 BN (4%). Kỹ thuật Lich-Gregoir dễ thực hiện, biến chứng về niệu khoa thấp.

* Từ khóa: Ghép thận; Trồng niệu quản vào bàng quang; Biến chứng.

THE TECHNIQUE OF URETEROVESICAL REIMPLANTATION IN RENAL TRANSPLANTATION AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

The study was performed on 100 patients (77 males and 23 females) with end-stage of chronic renal failure, who underwent renal transplantation at 103 Hospital from June 1992 to March 2012. The age ranged from 17 to 65 years. Leadbetter-Politano technique was conducted on 28 patients for ureterovesical reimplantation and Lich-Gregoir technique for 72 patients. The early urological complication was found in 4 patients (4%). The Lich-Gregoir technique was easy to perform with low urological complication.

* *Key words: Renal transplantation; Ureterovesical reimplantation; Complication.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, ghép thận lần đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện 103 và cho đến nay đã được triển khai ở nhiều bệnh viện. Trong ghép thận, có nhiều phương pháp khác nhau. Trong đó, trồng NQ vào BQ là một kỹ thuật được thực hiện sau khi đã khâu nối thành

công mạch máu thận. Kỹ thuật trồng NQ cũng đòi hỏi yêu cầu rất cao để tránh những biến chứng tiết niệu sau ghép [5, 6].

Mục đích của nghiên cứu nhằm: *Đánh giá ưu, nhược điểm của kỹ thuật trồng NQ vào BQ người nhận trong ghép thận tại Bệnh viện 103.*

* *Bệnh viện 103*

Phân biện khoa học: TS. Nguyễn Phú Việt

TS. Nguyễn Trường Giang

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

100 BN STM giai đoạn cuối được ghép thận tại Bệnh viện 103 từ tháng 6 -1992 đến 3 - 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu.

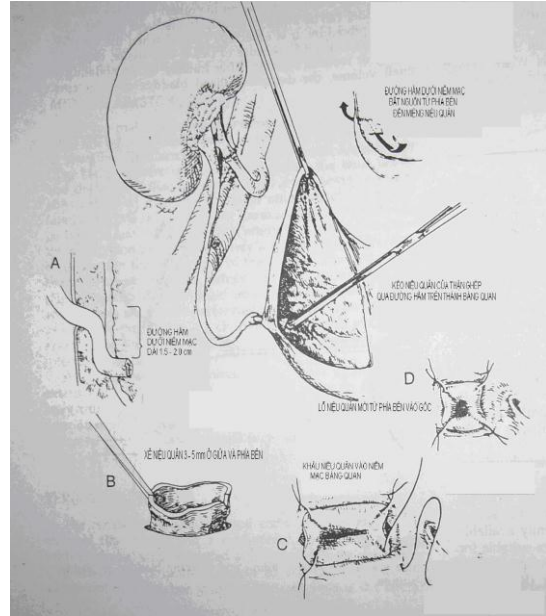
* Kỹ thuật mổ:

- Thận ghép sau khi rửa được đặt vào vị trí ghép ở người nhận thận, khâu nối động mạch thận và tĩnh mạch thận vào động mạch chậu và tĩnh mạch chậu: thường tĩnh mạch thận được khâu vào tĩnh mạch chậu ngoài, nối tận-bên, động mạch thận có thể nối vào động mạch chậu trong, nối tận-tận hoặc nối vào động mạch chậu ngoài nối tận-bên.

* *Chuẩn bị NQ:* đánh giá chiều dài NQ và mạch máu nuôi dưỡng NQ, xẻ dọc NQ ở phần đầu khoảng 1 cm, cắt chéo vát.

- Trồng NQ của thận ghép vào BQ theo 2 kỹ thuật:

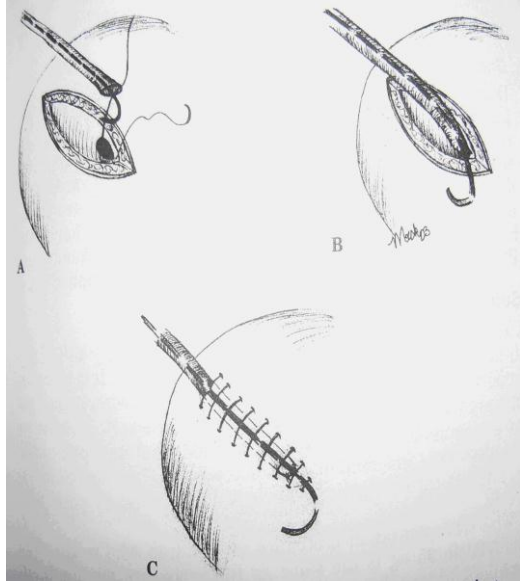
+ Kỹ thuật Leadbetter-Politano: tiến hành bộc lộ BQ, khâu 2 mối chỉ căng, rạch BQ theo chiều ngang, bộc lộ vùng tam giác BQ. Đánh dấu vị trí trong BQ để khâu nối đầu NQ thận ghép. Tạo đường hầm dưới niêm mạc dài khoảng 1,5 - 2 cm. Qua lỗ mở thành BQ, kẹp NQ ngoài BQ kéo vào lòng BQ, luồn NQ qua đường hầm dưới niêm mạc, khâu niêm mạc lỗ NQ với niêm mạc BQ, khâu lại lỗ mở ở thành BQ. Đặt nòng NQ bằng catheter, đóng vết mở BQ.



Hình 1: Trồng NQ vào BQ theo kỹ thuật Leadbetter-Politano (a: Đường hầm dưới niêm mạc, b: Sửa miệng NQ, c: Khâu NQ vào niêm mạc BQ, d: Lỗ NQ mới).

Kỹ thuật Lich-Gregoir: bơm căng BQ bằng 150 - 200 ml nước muối sinh lý pha với kháng sinh (claforan), khâu căng bằng 4 mũi chỉ ở mặt trước bên thành BQ, chiều dài cách nhau khoảng 3 - 4 cm. Rạch tổ chức cơ thành BQ theo chỉ căng bằng dao điện, đường rạch qua lớp thanh mạc, cơ cho đến lớp niêm mạc BQ, bóc tách rộng lớp cơ rộng sang hai bên. Mở một lỗ nhỏ niêm mạc BQ ở phía đầu xa của đường cắt cơ. Khâu nối NQ của thận ghép với niêm mạc của BQ bằng chỉ safil 4.0 trên nòng NQ bằng catheter hoặc sonde JJ, mũi tận cùng phải lấy được lớp cơ của BQ, khâu vát. Tạo đường hầm chống trào ngược: đặt NQ vào đường rạch cơ BQ, quan sát niêm mạc BQ, khâu phủ lớp cơ BQ lên NQ bằng 3 mũi rời chỉ safil 3.0, chú ý tránh làm hẹp đầu gần của đường hầm.

Dẫn lưu ổ mỡ, khoang trước BQ, đóng vết mổ.



Hình 2: Trồng NQ vào BQ theo kỹ thuật Lich-Gregoir. (a: Đường rạch thanh mạc cơ, b: Khâu đầu NQ, c: Khâu đường hầm).

Điều trị và theo dõi BN sau 1 - 3 tháng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi của BN nhận thận.

≤ 20 tuổi: 03 BN (3%); 21 - 30 tuổi: 40 BN (40%); 31 - 40 tuổi: 28 BN (28%); 41 - 50 tuổi: 21 BN (21%); > 50 tuổi: 8 BN (8%).

Tuổi thấp nhất 17, cao nhất: 65 tuổi. Độ tuổi ghép thận nhiều nhất từ 21 - 40 tuổi (68%).

2. Quan hệ giữa người cho và người nhận thận.

Bố, mẹ cho con: 42 BN (42%); con cho bố mẹ: 01 BN (1%); anh, chị - em cho nhau: 33 BN (33%); quan hệ khác: 22 BN (22%); thận ghép từ người chết não: 02 BN (2%). Người cho thận hầu hết là bố, mẹ cho con và anh em cho nhau (75%).

Bảng 1: Kỹ thuật và thời gian trồng NQ vào BQ.

KỸ THUẬT	20 - 30 (phút)	30 - 60 (phút)	Cộng n (%)
Leadbetter-Politano	0	28	28 (28%)
Lich-Gregoir	72	0	72 (72%)
Cộng	72	28	100 (100%)

Kỹ thuật trồng NQ vào BQ chủ yếu là kỹ thuật Lich-Gregoir: 72%.

Bảng 2: Cách đặt nòng NQ và thời gian rút.

	BĂNG CATHETER	BĂNG SONDE JJ	CỘNG
Rút trước 1 tuần	0	03	03 (3%)
Rút từ 1 - 3 tuần	31	37	68 (68%)
Rút sau 3 tuần	00	29	29 (29%)
Cộng	31 (31%)	69 (69%)	100 (100%)

Tất cả BN chúng tôi đều đặt nòng NQ, trong đó chủ yếu là sonde JJ: 69%. Có 3 BN rút sonde JJ vào ngày thứ 4 - 5 sau mổ do BN có sốt, tuy nhiên, cấy khuẩn niệu âm tính.

4 BN có biến chứng sau mổ, trong đó, rò nước tiểu: 2 BN (2%), hoại tử NQ: 1 BN (1%) và hẹp NQ: 1 BN (1%). Các BN này đều được xử trí ngoại khoa với kết quả tốt.

BÀN LUẬN

Trồng NQ vào BQ người nhận trong ghép thận có một số khác biệt với trồng NQ trong bệnh lý ở người bệnh bình thường: đó là hay mắc các bệnh kết hợp, dễ chảy máu, khả năng lành vết thương kém... [4, 6].

Trồng NQ vào BQ cần đảm bảo một số nguyên tắc sau để bảo đảm chức năng sinh lý bình thường, tránh biến chứng và bảo vệ chức năng của thận ghép [4, 5, 6]:

- Đường hầm dưới niêm mạc BQ dài gấp 3 - 5 lần đường kính NQ (thường dài 2 - 4 cm), đủ rộng.

- Có độ xiên, hướng về phía cổ BQ.

- Đảm bảo tưới máu NQ tốt.

- NQ sau khi trồng vào BQ không căng, không xoắn vặn, lưu thông tốt.

- Vị trí lỗ NQ trồng vào BQ gần vị trí tĩnh của BQ (tam giác BQ).

* *Kỹ thuật trồng NQ vào BQ qua đường BQ*: được Merril và CS miêu tả trên cặp ghép song sinh thành công đầu tiên vào năm 1956. Kỹ thuật Leadbetter-Politano (1958) có một số ưu, nhược điểm [3, 7]:

- Ưu điểm: NQ có độ xiên và hướng về phía cổ BQ, vị trí lỗ NQ trồng vào BQ gần tam giác BQ.

- Nhược điểm: NQ phải dài nên nuôi dưỡng kém, dễ bị xì rò, hẹp NQ, hoại tử NQ. Thời gian phẫu thuật dài, phải mở BQ rộng, nên dung tích BQ nhỏ, khó thực hiện kỹ thuật.

Chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật này cho 28 BN ghép thận đầu tiên, thời gian phẫu thuật từ 30 - 60 phút (*bảng 3*), có 2 trường hợp bị biến chứng sau mổ (hẹp NQ và hoại tử NQ).

* *Kỹ thuật Lich-Gregoir trồng NQ ngoài BQ*: là kỹ thuật có nhiều ưu điểm [1, 4]:

- Lỗ mở BQ nhỏ làm giảm nguy cơ nhiễm trùng và xì rò nước tiểu, giảm co thắt BQ sau mổ.

- NQ không cần dài nên tránh được biến chứng thiếu máu nuôi NQ, khả năng liền vết thương sẽ cao.

- Thời gian phẫu thuật ngắn, ít có biến chứng hẹp NQ.

- Không đòi hỏi BQ phải có dung tích lớn như kỹ thuật Leadbetter-Politano.

Tuy nhiên trong trường hợp BQ có thành mỏng và sẹo mổ cũ, chúng tôi gặp một số khó khăn với kỹ thuật này.

Chúng tôi áp dụng kỹ thuật này từ tháng 6 - 2010. Đến nay áp dụng cho 72 BN ghép thận, thời gian phẫu thuật từ 20 - 30 phút (*bảng 3*). Để tránh hẹp lỗ NQ, chúng tôi khâu 2 mũi chỉ căng ở đầu gần và đầu xa NQ trước, sau đó, mới khâu 2 mép NQ - niêm mạc BQ, chỉ tự tiêu 4.0 [2]. 2 BN bị biến chứng rò nước tiểu sau mổ. Theo Võ Phước Khương và CS, tỷ lệ biến chứng của kỹ thuật này là 0,5% [1].

Theo một số tác giả, không có sự khác biệt giữa nhóm đặt nòng NQ và không đặt nòng NQ sau khi trồng NQ. Tất cả BN của chúng tôi đều được đặt nòng NQ, thời gian đầu, đặt nòng bằng catheter (31%), sau đó bằng sonde JJ (69%).

KẾT LUẬN

Trong ghép thận, có nhiều kỹ thuật trồng lại NQ vào BQ, Bệnh viện 103 đã áp dụng 2 kỹ thuật Leadbetter-Politano và Lich-Gregoir. Qua theo dõi, kỹ thuật Lich-Gregoir dễ thực hiện, thời gian phẫu thuật ngắn và ít có biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Võ Phước Khương*. Biến chứng niệu khoa trong ghép thận với kỹ thuật cắm NQ vào BQ theo phương pháp Lich-Gregoir. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2008, tập 12, tr.40-42.

2. *Lê Anh Tuấn*. Kết quả bước đầu trồng lại NQ thận ghép vào BQ người nhận bằng kỹ thuật Lich-Gregoir trong ghép thận. Tạp chí Y học Quân sự. Số CD7. 2010, tr.117-119.

3. *Lê Anh Tuấn*. Biến chứng của kỹ thuật trồng lại NQ thận ghép vào BQ người nhận trong ghép thận tại Bệnh viện 103. Y học thực hành. 6/2011, số 769+770, tr.31-34.

4. *John M Barry, Peter J Morris*. Surgical techniques of renal transplantation. Kidney Transplantation Principles and Practice. Peter J Morris. 5th Ed. 2001, pp.159-171.

5. *Jennifer Singer, H Albin Gritsch and J Thomas Rosenthal*. The transplant operation and its surgical complications. Handbook of kidney transplantation. 4th Ed. A Wolters Kluwer company Philadelphia. 2005, pp.193-211.

6. *Peter N, Bretan Jr*. Renal transplantation. Smith's General Urology. 16th Ed, 2004, pp.546-559.

7. *Konnak JW, Herwig KR, Turcotte JG*. External ureteroneocystomy in renal transplantation. J Urol. 1972, 108, p.380.

