

NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP GHEP THẬN KHÁC YẾU TỔ RHESUS

Nguyễn Đình Vũ¹, Phạm Như Hiệp¹, Trần Duy Phúc¹, Đinh Thị Hoài Ngọc¹

¹Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Ghép thận đem lại cuộc sống mới cho hàng triệu người trên thế giới. Hiện nay, các nước đã ghép thận ở nhiều bệnh nhân khác yếu tố rhesus. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi cũng đã ghép thận thành công 2 trường hợp người cho và người nhận khác yếu tố rhesus. Trong năm 2013 và 2019, Bệnh viện Trung ương Huế, Chúng tôi đã tiến hành ghép thận hai trường hợp khác yếu tố rhesus. Trường hợp thứ nhất, người nhận Rh(-), người hiến Rh(+); trường hợp thứ hai, người nhận Rh(+), người hiến Rh (-).Lâm sàng hai bệnh nhân khỏe, chức năng thận bình thường ure: 6,4 mmol/l, creatinine: 109 ($\mu\text{mol/l}$) và ure: 7,4 mmol/l, creatinine: 108 ($\mu\text{mol/l}$). Khác yếu tố Rh không ảnh hưởng đến ghép thận cũng như điều trị sau ghép thận.

Từ khóa: Ghép thận, khác yếu tố Rhesus.

ABSTRACT

TWO CASES OF KIDNEY TRANSPLANTATION WITHOUT MATCHING RHESUS FACTOR

Nguyen Dinh Vu¹, Pham Nhu Hiep¹, Tran Duy Phuc¹, Dinh Thi Hoai Ngoc¹

Kidney transplantation brings new life for millions of ESRD patients on the world. Currently, many countries have performed kidney transplantations with Rh incompatibility. At Hue Central Hospital, we have also successfully transplanted kidneys in 2 cases with donor and recipient had different Rhesus factors. In 2013 and 2019, Hue Central Hospital, we have performed kidney transplants with two Rh incompatibility cases. First case with recipient Rh(-) and donor Rh(+). Another case, recipient Rh(+) and donor Rh(-).In clinical, both patients have healthy life and normal kidney function with serum uremia 6,4 mmol/l, serum creatinine: 109 ($\mu\text{mol/l}$); serum uremia 7,4 mmol/l, serum creatinine: 108 ($\mu\text{mol/l}$). The Rh incompatibility factor does not affect kidney transplantation outcome and post-transplant treatment.

Keywords: Kidney transplant, Rh incompatibility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận khác yếu tố rhesus trên thế giới đã tiến hành từ lâu. Trong đó, tỷ lệ ghép thận ở người nhận có yếu tố Rh(-) và người hiến có Rh(+) và ngược lại, thì rất hiếm gặp.

Hệ Rh có 5 kháng nguyên chính bao gồm D, C, c E, e. Trong đó, kháng nguyên D là quan trọng nhất, vì nó có tính miễn dịch cao. Khoảng 99% dân số thế giới mang yếu tố Rh loại D được gọi là Rh(+), những người không có yếu tố Rh loại D được gọi là Rh(-), nó chiếm tỉ lệ thấp. Ở Việt Nam tỷ lệ người mang yếu

tố Rh(-) chiếm tỉ lệ rất thấp khoảng 0,04 - 0,07%.

Nhiều tác giả khẳng định, yếu tố Rh không ảnh hưởng đến ghép thận cũng như các biến chứng sau ghép thận. Tuy nhiên, sau ghép thận sẽ xuất hiện kháng thể kháng Rh(+) ở người nhận. Do vậy, khi người nhận có Rh(-) khi ghép thận với người cho có Rh(+), sẽ sinh kháng thể kháng Rh(+) trong máu. Khi người đó ghép thận lần thứ 2 mà người cho thận có Rh(+), có thể xuất hiện tan máu khi ghép thận.

Một số nghiên cứu trên thế giới, ghép thận ở người nhận Rh(-) và người cho Rh(+), sau ghép

Ngày nhận bài: 06/10/2023. Ngày chỉnh sửa: 22/11/2023. Chấp thuận đăng: 30/11/2023

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đình Vũ. Email: drdinhvu@gmail.com. SĐT: 0983820127

Nhân hai trường hợp ghép thận khác yếu tố Rhesus

thận, thì khoảng 5% bệnh nhân xuất hiện kháng thể kháng Rh(+) [1]

Trong năm 2013 và 2019 chúng tôi đã tiến hành ghép thận 2 cặp; một trường hợp người nhận có Rh(-), người cho có Rh(+), và một trường hợp ngược lại. Đến nay 2 trường hợp này vẫn khỏe, chức năng bình thường.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Trường hợp 1: Người nhận nhóm máu O, Rh(-), người hiến nhóm máu O, Rh(+)

Người nhận thận, nam, 34 tuổi, nhóm máu O, Rh(-), năm 2013 phát hiện suy thận giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ 3 lần/ tuần. Tiền sử truyền máu một lần, suy thận nghi do bệnh cầu thận mãn

Bảng 1: Đánh giá bệnh nhân trước ghép

Đặc điểm		Người nhận		Người sống hiến thận	
Giới		Nam		Nam	
Tuổi		34		20	
Tiền sử truyền máu		2 đơn vị		Không	
Nhóm máu		O, Rh(-)		O, Rh(+)	
Kháng thể kháng HLA		% PRA: 0			
Phản ứng Crossmatch		Âm tính			
Nhóm HLA	HLA - A	A*02	A*33	A*02	A*02
	HLA - B	B*40	B*58	B*15	B*55
	HLA DR	DRB1*12	DRB1*12	DRB1*12	DRB1*14
Virus nội bào	CMV IgG	(+)		(+)	
	CMV IgM	(-)		(-)	
	EBV IgG	(+)		(+)	
	EBV IgM	(-)		(-)	
Virus gan	HBsAg	(-)		(-)	
	Anti HCV	(-)		(-)	

Thuốc UCMD: Néoral 300mg/ngày, Cellcept 2000mg/ngày, Methylprednisolon 500mg/ngày 1, sau đó giảm dần 250mg/ngày 2, 125mg/ngày 3 ... 40mg/ngày, Simulect 20mg/ngày 0 và 20mg /ngày 4.

Thận trái người hiến ghép vào hố chậu phải, thời gian thiếu máu nóng 1 phút, tổng thời gian thiếu máu thận 45 phút, sau khi nối mạch máu có nước tiểu sau 10 giây, thận căng, mạch máu thận ghép thông tốt.

Bảng 2: Diễn tiến bệnh nhân sau ghép

Thời gian	Nước tiểu: ml/24h	Ure máu (mmol/l)	Creatinin máu (μmol/l)
Ngay sau ghép	7500		
Ngày 1	5460	10,6	307
Ngày 2	4500	8,7	110
Ngày 3	4130	8,4	124
Ngày 4	4300	12,7	114
Tuần 1	3000	14,3	111
Tuần 2	2600	11,4	119
Tuần 3	2800	9,1	146
Tuần 4	2500	6,4	109

Nhân hai trường hợp ghép thận khác yếu tố Rhesus

Tại đơn vị ghép: bệnh nhân có huyết động ổn, không sốt, không đau thận ghép, các chỉ số huyết học và sinh hóa Hb: 11,3 g/dl, CRP: 12 mg/l, Na máu: 135 mmol/l, Kali máu 3,5 mmol/l, SGOT: 26 UI/l, SGPT: 38UI/L, C0 Cyclosporin A: 200 ng/ml; rút sonde tiểu sau 4 ngày, rút dẫn lưu sau 6 ngày, rút sonde JJ sau 4 tuần, Bệnh nhân ổn định chức năng thận bình thường, nước tiểu 2,5 lít/ngày, Creatinin máu: 109 μ mol/l, mức lọc cầu thận: 79 ml/p/1.73m², ra viện ngày 22/10/2013, tái khám định kỳ.

Trường hợp 2: Người nhận nhóm máu B, Rh(+), người hiến nhóm máu O, Rh(-)

Người nhận thận, nam, 24 tuổi, nhóm máu B, Rh(+), năm 2017 phát hiện suy thận giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ 3 lần/ tuần. Tiền sử truyền máu một lần. Suy thận nghi do bệnh cầu thận mãn.

Bảng 3: Đánh giá bệnh nhân trước ghép

Đặc điểm		Người nhận		Người sống hiến thận	
Giới		Nam		Nam	
Tuổi		24		38	
Tiền sử truyền máu		2 đơn vị		Không	
Nhóm máu		B, Rh(+)		O, Rh(-)	
Kháng thể kháng HLA		% PRA: 0			
Phản ứng Crossmatch		Âm tính			
Nhóm HLA	HLA - A	A*02	A*11	A*11	A*11
	HLA - B	B*15	B*35	B*15	B*35
	HLA DR	DRB1*12	DRB1*12	DRB1*12	DRB1*12
Virus nội bào	CMV IgG	(+)		(+)	
	CMV IgM	(-)		(-)	
	EBV IgG	(+)		(+)	
	EBV IgM	(-)		(-)	
Virus gan	HBsAg	(-)		(-)	
	Anti HCV	(-)		(-)	

Thuốc UCMD: prograf 8mg/ngày, Cellcept 2000mg/ngày, Methylprednisolon 500mg/ ngày 1, sau đó giảm dần 250mg/ngày 2, 125mg/ ngày 3 ... 40mg/ ngày, Simulect 20mg/ngày 0 và 20mg/ ngày 4.

Thận phải người hiến ghép vào hố chậu trái, thời gian thiếu máu nóng 1 phút, tổng thời gian thiếu máu thận 45 phút, sau khi nối mạch máu có nước tiểu sau 20 giây, thận căng, mạch máu thận ghép thông tốt.

Bảng 4: Diễn tiến bệnh nhân sau ghép

Thời gian	Nước tiểu (ml)/24h	Ure máu (mmol/l)	Creatinin máu (μ mol/l)
Ngay sau ghép	4800		
Ngày 1	5100	14,5	1108
Ngày 2	4100	12,6	609
Ngày 3	4000	9,4	253
Ngày 4	4100	11,1	179
Tuần 1	3000	9,4	121
Tuần 2	2600	4,4	90
Tuần 3	2500	8,9	111
Tuần 4	2300	7,4	108

Nhân hai trường hợp ghép thận khác yếu tố Rhesus

Tại đơn vị ghép thận: bệnh nhân có huyết động ổn, không sốt, không đau thận ghép, các chỉ số huyết học và sinh hóa Hb: 10,5 g/dl, CRP: 8 mg/l, Na máu: 137 mmol/l, Kali máu 3,8 mmol/l, SGOT: 22 UI/L, SGPT: 36UI/L, C0 Tacro: 11,5 ng/ml; rút dẫn lưu sau 4 ngày, rút sonde tiểu sau 5 ngày, rút sonde JJ sau 4 tuần. Bệnh nhân ổn định, chức năng thận bình thường, nước tiểu 2,3 lít/ngày, Creatinin máu: 108 μ mol/l, mức lọc cầu thận: 85 ml/p/1.73 m², ra viện ngày 19/02/2019, tái khám định kỳ.

IV. BÀN LUẬN

Người ta cho rằng, một lượng máu nhỏ ở thận ghép của người cho có Rh(+), khi ghép thận vào người nhận thận, sau đó sẽ sinh ra kháng thể ở trên người nhận có Rh(-). Nghiên cứu của ElAnsary M.L. phát hiện trong số 10 bệnh nhân được ghép thận, kháng thể kháng Rh(+) xuất hiện sau khi ghép thận từ người cho thận có Rh(+) và người nhận có Rh(-) [2]

Nghiên cứu của Quan V.A. và cs năm 1996, trên 42 trường hợp bệnh nhân Rh(-), được ghép thận từ người cho có Rh(+), được điều trị 3 loại thuốc ức chế miễn dịch chống thải ghép, thì 5% bệnh nhân xuất hiện kháng thể kháng Rh(+) sau khi ghép thận. Bệnh nhân có Rh(-) sau ghép thận mà mang thai, thì càng tăng nguy cơ bệnh tan máu ở trẻ sơ sinh, đây là một vấn đề đáng lo ngại. Do vậy, bệnh nhân nữ có Rh(-), trong độ tuổi sinh đẻ ghép thận với người cho Rh(+), thì cần điều trị dự phòng với 500 UI anti-D immunoglobulin tại thời điểm ghép [3] [4]

Frohn C. năm 2002 phát hiện trường hợp một phụ nữ 58 tuổi, là bệnh nhân người nhận có Rh(-) được ghép thận người cho có Rh(+) sau đó có tan máu sau ghép thận, do bệnh nhân có kháng thể kháng Rh(+) [5]. Trước đó, bệnh nhân đã sinh con, và đã sản sinh ra kháng thể kháng Rh(+) ở trong lần sinh con đó. Do vậy, trong lần ghép thận này, kháng thể kháng Rh(+) của bệnh nhân phản ứng với lượng máu trong

thận của người cho Rh(+), gây nên tình trạng tan máu. Tuy nhiên, lượng máu này là rất ít nên không có ảnh hưởng gì nghiêm trọng đến sức khỏe cũng như chất lượng thận ghép [5]

Trong hai trường hợp bệnh nhân của chúng tôi đã nêu trên là nam giới, họ hoàn toàn khỏe mạnh không có biến chứng nào sau khi ghép thận, chức năng thận hoàn toàn bình thường sau ghép thận.

V. KẾT LUẬN

Khác yếu tố Rh không ảnh hưởng đến thận ghép, cũng như các biến chứng xảy ra sau ghép thận. Đối với trường hợp người nhận Rh(-) người cho Rh(+), nên thận trọng cho việc ghép thận lần thứ 2. Đối với trường hợp người nhận Rh(+) người cho Rh(-) không ảnh hưởng gì cho việc ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Avent ND, Reid ME, The Rh blood group system: a review. Blood, The Journal of the American Society of Hematology, 2000;95(2):375-387.
2. ElAnsary M, Hanna MOF, Saadi G, ElShazly M, Fadel FI, Ahmed HA, et al., Passenger lymphocyte syndrome in ABO and Rhesus D minor mismatched liver and kidney transplantation: A prospective analysis. Human immunology, 2015;76(6):447-452.
3. Quan VA, Kemp LJ, Payne A, Andrews PA, Sacks SH, Rhesus immunization after renal transplantation. Transplantation, 1996;61(1):149,150.
4. Reid M, Halverson G, Roubinet F, Apoil P, Blancher A, Use of LOR-15C9 monoclonal anti-D to differentiate erythrocytes with the partial D⁺ V⁺ I antigen from those with either partial D antigens or weak D antigens. IMMUNOHEMATOLOGY-WASHINGTON DC-, 1998;14:89-93.
5. Frohn C, Jabs W, Fricke L, Goerg S, Hemolytic anemia after kidney transplantation: case report and differential diagnosis. Annals of hematology, 2002;81:158-160.