

CẮT THẬN ĐA NANG HAI BÊN ĐỒNG THỜI CHUẨN BỊ CHO BỆNH NHÂN GHÉP THẬN: KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Ngọc Hùng¹, Hoàng Vương Thắng¹, Trương Văn Cẩn¹, Nguyễn Kim Tuấn¹, Võ Đại Hồng Phúc¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Trương Minh Tuấn¹, Lê Nguyên Kha¹, Lê Văn Hiếu¹

¹Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kinh nghiệm của bệnh viện Trung ương Huế trong việc điều trị thận đa nang bằng phẫu thuật cắt thận hai bên cùng lúc chuẩn bị cho bệnh nhân ghép thận.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các bệnh nhân thận đa nang hai bên được phẫu thuật cắt thận hai bên đồng thời để chuẩn bị ghép thận tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2023.

Kết quả: Tổng số 28 bệnh nhân được phẫu thuật bao gồm 13 nam và 15 nữ; tuổi trung bình là 49 (28 - 59). Tiền sử gia đình mắc thận đa nang là 69,2%; 100% trường hợp chạy thận nhân tạo. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau hông lưng (71,4%); đái máu đại thể (46,4%). Cắt lớp vi tính hệ tiết niệu cho thấy kích thước dọc thận trung bình $26,5 \pm 9,4$ cm, kích thước nang thận lớn nhất trung bình $5,7 \pm 2,7$ cm. Thời gian phẫu thuật trung bình là 111 (88 - 175) phút. Biến chứng trong và sau phẫu thuật với sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ (25%); tắc ruột sau mổ (17,9%); chảy máu cần phải truyền máu (3,6%).

Kết luận: Phẫu thuật cắt thận đa nang hai bên đồng thời trước ghép thận là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, giúp tạo khoảng trống cho thận ghép và dự phòng các biến chứng của thận đa nang.

Từ khóa: Thận, thận đa nang, cắt thận, ghép thận.

ABSTRACT

SIMULTANEOUS BILATERAL POLYCYSTIC NEPHRECTOMY TO PREPARE FOR KIDNEY TRANSPLANT: EXPERIENCE AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Phạm Ngọc Hùng¹, Hoàng Vương Thắng¹, Trương Văn Cẩn¹, Nguyễn Kim Tuấn¹, Võ Đại Hồng Phúc¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Trương Minh Tuấn¹, Lê Nguyên Kha¹, Lê Văn Hiếu¹

Purpose: To report the experience of Hue Central Hospital in treating polycystic kidneys with bilateral nephrectomy to prepare patients for kidney transplant.

Subjects and Methods: Retrospective descriptive study of bilateral polycystic kidney patients undergoing simultaneous bilateral nephrectomy to prepare for kidney transplant at Hue Central Hospital from January 2019 to March 2023.

Results: 28 patients underwent surgery including 13 men and 15 women; average age is 49 (28 - 59). Family history of polycystic kidney disease was found in 69.2%; 100% of hemodialysis cases. Common clinical symptoms are low back pain (71.4%); gross hematuria (46.4%). Computed tomography of the urinary system showed an average longitudinal kidney size of 26.5 ± 9.4 cm, and an average largest kidney cyst size of 5.7 ± 2.7 cm. The average surgical time was 111 (88 - 175) minutes. Complications during and after surgery with fever $> 38^{\circ}\text{C}$ (25%); postoperative intestinal obstruction (17.9%); bleeding requiring blood transfusion (3.6%).

Ngày nhận bài: 05/10/2023. Ngày chỉnh sửa: 23/11/2023. Chấp thuận đăng: 09/12/2023

Tác giả liên hệ: Phạm Ngọc Hùng. Email: drhungg@gmail.com. Điện thoại: 0903591678

Cắt thận đa nang hai bên đồng thời chuẩn bị cho bệnh nhân ghép thận...

Conclusions: Simultaneous bilateral polycystic nephrectomy before kidney transplant is a safe and effective treatment method, helping to create space for the transplanted kidney and prevent complications of polycystic kidney.

Keywords: Kidney, polycystic kidney, nephrectomy, kidney transplant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đa nang (PKD - Polycystic Kidney Disease) là một bệnh lý di truyền đặc trưng bởi sự phát triển các nang trong thận dẫn đến thận lớn dần và suy giảm chức năng thận. Bệnh tồn tại dưới hai hình thái: bệnh thận đa nang gen trội (ADPKD - Autosomal dominant polycystic kidney disease) và bệnh thận đa nang gen lặn (ARPKD - Autosomal recessive polycystic kidney disease) [1]. Hầu hết bệnh thận đa nang ở người trưởng thành do di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường. Trong khi đó với trẻ em, thận đa nang thường do di truyền lặn, hiếm hơn và nghiêm trọng hơn, thường biểu hiện chu sinh hoặc thời thơ ấu [2].

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh thận đa nang, bao gồm tăng huyết áp khởi phát sớm, đau và đầy bụng, tiểu máu và nhiễm trùng đường tiểu, thường được phát hiện lần đầu tiên trước khi bắt đầu suy thận [2]. Sự phát triển của các nang sẽ dần thay thế nhu mô thận và làm suy giảm chức năng thận, hơn một nửa bệnh nhân bệnh thận đa nang cuối cùng sẽ phát triển thành suy thận giai đoạn cuối [3]. Bệnh thận đa nang di truyền gen trội là nguyên nhân quan trọng gây suy thận giai đoạn cuối, trong đó bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp thay thế thận. Trên thế giới, ADPKD chiếm khoảng 10% bệnh thận giai đoạn cuối [3]. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về bệnh thận đa nang còn ít, bệnh chưa được quan tâm đúng mức. Nếu được kiểm soát tốt, chức năng thận của bệnh nhân có thể duy trì trong giới hạn bình thường cho đến 40 - 60 tuổi [4].

Bệnh thận đa nang chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu, chủ yếu vẫn là điều trị nội khoa nhằm duy trì chức năng thận [3]. Chỉ định ngoại khoa cắt thận bao gồm nhiễm trùng tái phát và/hoặc nhiễm trùng nặng, chảy máu, đau điều trị khó khăn, sỏi thận có triệu chứng và nghi ngờ bệnh lý ác tính ở thận. Ngoài ra, phẫu thuật cắt thận đa nang còn được thực hiện để tạo khoảng trống chờ ghép thận [2]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích báo cáo kinh nghiệm của bệnh viện Trung

ương Huế trong việc điều trị thận đa nang bằng phẫu thuật cắt thận hai bên cùng lúc để dự phòng các biến chứng của thận đa nang cũng như chuẩn bị cho bệnh nhân ghép thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 28 bệnh nhân thận đa nang hai bên được thực hiện phẫu thuật cắt thận hai bên đồng thời để chuẩn bị ghép thận tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả báo cáo loạt trường hợp.

Nội dung thực hiện:

Thu thập hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đã được ghép thận, được phẫu thuật cắt thận đa nang hai bên đồng thời trước ghép thận tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2019 đến tháng 03/2023.

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Các biến số ghi nhận gồm: tuổi, giới, tiền sử suy thận, tiền sử ghép thận trước đó, phương pháp thay thế thận, triệu chứng lâm sàng, kích thước dọc thận và nang thận lớn nhất trên phim CT Scan, thời gian phẫu thuật trung bình, thời gian rút dẫn lưu, kết quả mô bệnh học, biến chứng trong và sau mổ. Phân tích so sánh về số lượng hồng cầu và hemoglobin giữa nhóm trước và sau phẫu thuật.

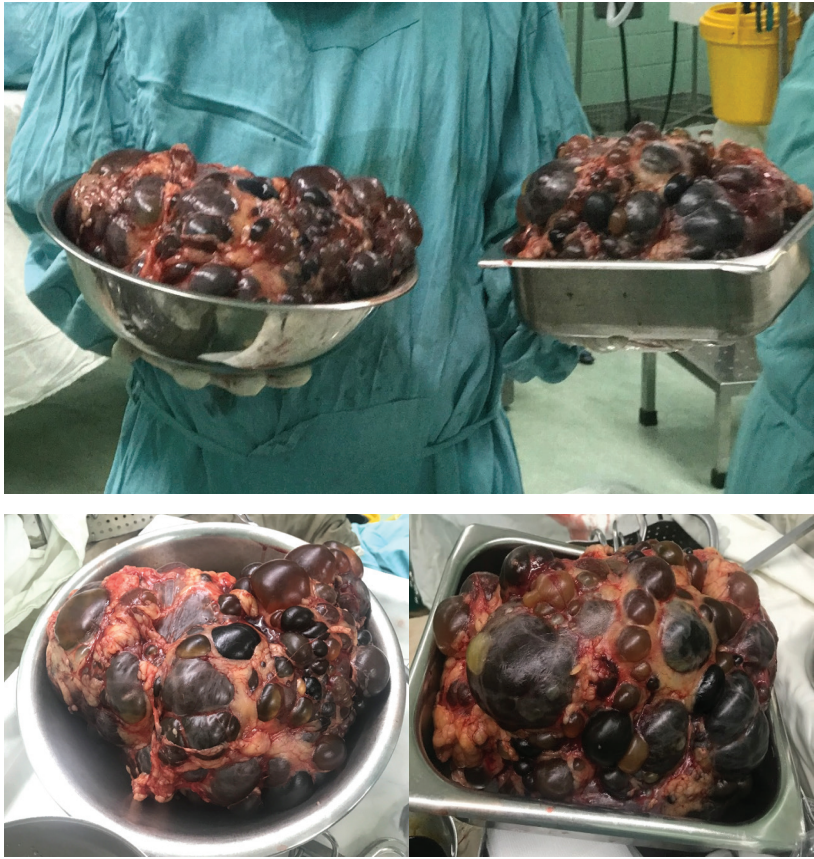
Các bước tiến hành: Chuẩn bị bệnh nhân: Giải thích cho bệnh nhân hiểu được phẫu thuật và những diễn biến bệnh có thể xảy ra. Chuẩn bị trước mổ: vệ sinh trước mổ, thụt tháo sạch. Bệnh nhân được chạy thận nhân tạo vào buổi tối trước phẫu thuật một ngày. Phẫu thuật cắt thận được tiến hành vào buổi sáng hôm sau.

Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân được dây mê nội khí quản. Đặt bệnh nhân tư thế nằm ngửa. Rạch da đường trắng giữa dưới xương ức đến dưới rốn, chiều dài vết mổ tùy thuộc vào kích thước thận. Bộc lộ động mạch và tĩnh mạch thận. Kẹp

Cắt thận đa nang hai bên đồng thời chuẩn bị cho bệnh nhân ghép thận...

động mạch và tĩnh mạch bằng hemalock clip, cắt mạch máu nuôi thận. Bộc lộ niệu quản, kẹp và cắt niệu quản. Bóc tách bóc lộ toàn bộ thận. Lấy thận ra ngoài. Đặt hai dẫn lưu. Khâu đóng bụng.

Theo dõi hậu phẫu: Sau phẫu thuật, bệnh nhân tiếp tục được chạy thận nhân tạo theo chu kỳ. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu 1 ngày sau phẫu thuật. Dẫn lưu được rút khi không còn ra dịch.



Hình 1: Thận đa nang sau cắt bỏ

Bệnh nhân Đỗ Thị K. T. Mã số bệnh nhân: 7224088

Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được thu thập, xử lý và phân tích trên máy vi tính bằng chương trình SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2016, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

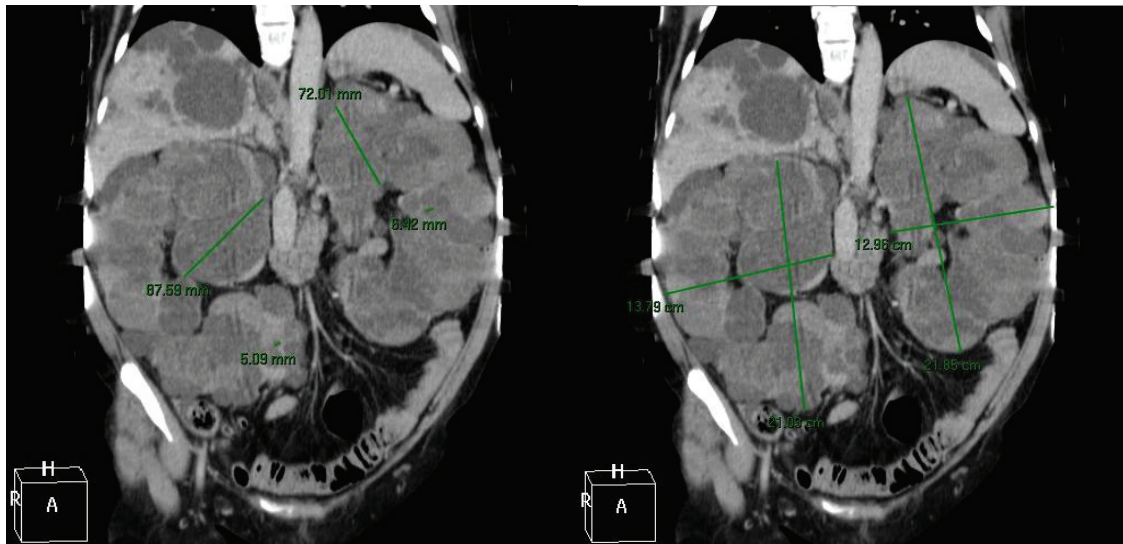
Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi		49 (28 - 59)	
Giới	Nam	13	46,4
	Nữ	15	53,6
Tiền sử gia đình có người mắc bệnh thận đa nang		19	67,9
Tiền sử suy thận đã lọc máu		28	100
Tiền sử có ghép thận trước đó		0	0
Phương pháp thay thế thận		Thận nhân tạo	100

Cắt thận đa nang hai bên đồng thời chuẩn bị cho bệnh nhân ghép thận...

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng và cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau hông lưng	20	71,4
Đái máu đại thể	13	46,4
Kích thước dọc thận (cm)	$26,5 \pm 9,4$	
Đường kính nang thận lớn nhất (cm)	$5,7 \pm 2,7$	



Hình 2: Đường kính nang thận lớn nhất trên phim CT scan
Bệnh nhân Võ Thị T. Mã số bệnh nhân: 498604



Hình 3: Kích thước dọc thận trên phim CT scan
Bệnh nhân Đỗ Thị K. T. Mã số bệnh nhân: 7224088

Cắt thận đa nang hai bên đồng thời chuẩn bị cho bệnh nhân ghép thận...

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Số lượng	Tỷ lệ %
Mô bệnh học	Viêm thận mạn	38	67,9
	Thận đa nang	18	32,1
	Ung thư	0	0
Biến chứng	Sốt (>38°C)	7	25
	Tắc ruột	5	17,9
	Chảy máu (cần phải truyền máu)	1	3,6
	Tổn thương ruột	0	0
	Tổn thương phổi, màng phổi	0	0
	Tử vong	0	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 111 (88 - 175) phút. Trong đó có một trường hợp viêm thận bể thận hai bên, thận hai bên đều viêm dính, bóc tách bóc lộ thận khó khăn, dẫn đến thời gian mổ kéo dài đến 175 phút.

Thời gian rút dẫn lưu trung bình 7 (3 - 19) ngày. Trong đó có một trường hợp dẫn lưu vẫn còn ra dịch sau mổ 19 ngày, vết mổ khô. Chúng quyết định rút dẫn lưu và thay bằng hai túi hậu môn nhân tạo để tiện cho việc vận động của bệnh nhân, dịch vẫn tiếp tục chảy cho đến 4 tuần sau phẫu thuật.

Bảng 4: Số lượng hồng cầu và hemoglobin trước và sau phẫu thuật

Chỉ số trung bình	Hồng cầu (M/ μ L)	Hemoglobin (g/dL)
Trước phẫu thuật	3.82 $\pm$ 0,51	10,9 $\pm$ 1,42
Sau phẫu thuật	3,65 $\pm$ 0,59	10,2 $\pm$ 1,69
P	0,067	0,12

IV. BÀN LUẬN

Chọn lựa thời điểm lý tưởng để cắt thận đa nang liên quan đến ghép thận vẫn là một vấn đề còn nhiều tranh cãi. Một báo cáo phân tích các tài liệu liên quan đến vấn đề này cho rằng cắt thận đa nang trước khi ghép thận không nên được thực hiện khi bệnh nhân không có triệu chứng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho rằng chỉ định cắt thận đa nang là để tạo khoảng trống cho thận ghép [5], do đó phẫu thuật cắt thận đa nang nên được thực hiện trước hoặc kết

hợp cùng lúc với ghép thận. Trong các nghiên cứu đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân, phương pháp kết hợp được ưa chuộng hơn, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng cao hơn [5]. Sulikowski và cộng sự (2009) đã kết luận rằng cắt thận một bên trước ghép thận giúp làm giảm các biến chứng sau ghép, đặc biệt là việc chèn ép thận ghép. Cắt thận hai bên trước hoặc cùng lúc với ghép thận giúp dự phòng các biến chứng của thận đa nang và không làm tăng đáng kể các biến chứng chung [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt thận đa nang hai bên trước khi ghép thận. Việc lựa chọn thận để cắt đầu tiên nên ưu tiên thận ít viêm nhiễm xơ dính và có kích thước nhỏ hơn.

Nhiễm trùng vết mổ là một biến chứng hay gặp sau phẫu thuật mở nói chung và phẫu thuật cắt thận nói riêng. Đặc biệt trong một số trường hợp cắt thận đa nang, các nang thận là các ổ nhiễm trùng khu trú, trong quá trình phẫu thuật có thể bị vỡ, từ đó tăng nguy cơ viêm nhiễm phúc mạc. Trong nghiên cứu này, chúng tôi điều trị ổn định tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân trước khi mổ và trong mổ ưu tiên đường mổ rộng đủ để lấy bỏ thận, hạn chế học hút các nang thận vì nguy cơ viêm phúc mạc và liệt ruột sau mổ. Có 7 trường hợp (25%) sốt hậu phẫu (hết sốt sau 3 - 5 ngày điều trị kháng sinh sau mổ) và 5 trường hợp (17,9%) tắc ruột cơ năng được điều trị điều trị nội khoa bảo tồn thành công.

Một vấn đề khác cần được bàn luận ở những bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận đa nang mở là

Cắt thận đa nang hai bên đồng thời chuẩn bị cho bệnh nhân ghép thận...

tỷ lệ chảy máu và tần suất truyền máu cao, điều này có thể dẫn đến nguy cơ mất máu ở người nhận và khó khăn trong việc lựa chọn thận ghép. Các nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy tỷ lệ truyền máu cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt thận đa nang so với phẫu thuật nội soi [7 - 10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù thực tế có sự khác biệt về số lượng hồng cầu và hemoglobin trước và sau phẫu thuật, nhưng không đáng kể và do đó gần như không cần phải truyền máu. Nếu cần thiết phải truyền máu, chúng tôi sử dụng hồng cầu rửa để hạn chế nguy cơ mất máu khi ghép thận. Để giảm thiểu nguy cơ mất máu trong mổ, chúng tôi ưu tiên bóc lộ cuống thận và kiểm soát mạch máu nuôi thận ngay sau khi rạch da vào ổ bụng bệnh nhân.

Nhiều nghiên cứu cho thấy tần suất ung thư thận cao hơn ở bệnh nhân mắc thận đa nang so với dân số nói chung. Lubennikov và cộng sự (2021) báo cáo kết quả mô bệnh học ung thư thận ngẫu nhiên ở 7/108 bệnh nhân (6,4%) được cắt thận đa nang hai bên [10]. Jilg và cộng sự nhận thấy các khối u thận ngẫu nhiên được phát hiện trong 5,3% trường hợp (16/301 đơn vị thận) [11]. Hajj và cộng sự báo cáo tỷ lệ mắc ung thư thận cao hơn là 12,4% (11/89 đơn vị thận) [12]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có kết quả mô bệnh học ác tính. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ để khẳng định điều gì.

Báo cáo của chúng tôi vẫn còn nhiều hạn chế. Đây là một nghiên cứu hồi cứu đơn trung tâm. Chưa có nhóm đối chứng cũng là một trong những hạn chế của nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thận đa nang hai bên đồng thời trước ghép thận là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, giúp tạo khoảng trống cho thận ghép và dự phòng các biến chứng của thận đa nang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Halvorson C, Bremmer M, Jacobs S, Polycystic kidney disease: Inheritance, pathophysiology, prognosis, and treatment. International journal of nephrology and renovascular disease, 2010;3:69-83.
2. Bergmann C, Guay - Woodford LM, Harris PC, Horie S, Peters DJM, Torres VE, Polycystic kidney disease. Nature Reviews Disease Primers, 2018;4(1):50.
3. Chen K, Tan YG, Tan D, Pek G, Huang HH, Sim SPA, Predictors and outcomes of laparoscopic nephrectomy in autosomal dominant polycystic kidney disease. Investig Clin Urol, 2018;59(4):238-245.
4. Tuyền ĐG, Bệnh Học Nội Khoa Thận - Tiết Niệu. Vol. 1. 2021.
5. Argyrou C, Moris D, Vernadakis S, Tailoring the 'Perfect Fit' for Renal Transplant Recipients with End-stage Polycystic Kidney Disease: Indications and Timing of Native Nephrectomy. In Vivo, 2017;31(3):307-312.
6. Sulikowski T, Teichman K, Zietek Z, Rózański J, Domański L, Kamiński M, et al., Experience with autosomal dominant polycystic kidney disease in patients before and after renal transplantation: a 7-year observation. Transplant Proc, 2009;41(1):177-80.
7. Guo P, Xu W, Li H, Ren T, Ni S, Ren M, Laparoscopic Nephrectomy versus Open Nephrectomy for Patients with Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One, 2015;10(6):e0129317.
8. Eng M, Jones CM, Cannon RM, Marvin MR, Hand-assisted laparoscopic nephrectomy for polycystic kidney disease. Jsls, 2013;17(2):279-84.
9. Verhoest G, Delreux A, Mathieu R, Patard JJ, Vigneau C, Rioux-Leclercq N, et al., Transperitoneal laparoscopic nephrectomy for autosomal dominant polycystic kidney disease. Jsls, 2012;16(3):437-42.
10. Lubennikov AE, Petrovskii NV, Krupinov GE, Shilov EM, Trushkin RN, Kotenko ON, et al., Bilateral Nephrectomy in Patients with Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease and End-Stage Chronic Renal Failure. Nephron, 2021;145(2):164-170.
11. Jilg CA, Drendel V, Bacher J, Pisarski P, Neeff H, Drognitz O, et al., Autosomal dominant polycystic kidney disease: prevalence of renal neoplasias in surgical kidney specimens. Nephron Clin Pract, 2013;123(1-2):13-21.
12. Hajj P, Ferlicot S, Massoud W, Awad A, Hammoudi Y, Charpentier B, et al., Prevalence of renal cell carcinoma in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease and chronic renal failure. Urology, 2009;74(3):631-4.