

GHÉP THẬN TỰ THÂN CHO BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG MẤT ĐOẠN NIỆU QUẢN: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG Ở BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trương Văn Cẩn¹, Lê Văn Hiếu¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Trương Minh Tuấn¹, Hoàng Vương Thắng¹, Lê Nguyên Kha¹, Phạm Ngọc Hùng¹, Nguyễn Kim Tuấn¹
¹Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp ghép thận tự thân cho bệnh nhân mất niệu quản dài đoạn trên tại Bệnh viện Trung Ương Huế. Tình trạng tổn thương niệu quản xảy ra do biến chứng của phẫu thuật trước đó như nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản và nội soi sau phúc mạc cấy lại niệu quản vào bàng quang kèm lấy sỏi niệu quản. Hai bệnh nhân được phẫu thuật lấy thận có tổn thương niệu quản ghép vào hố chậu đối bên: ghép động mạch thận vào động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch thận vào tĩnh mạch chậu ngoài theo phương pháp nổi tận bên và tạo hình niệu quản bằng phương pháp Boari (trường hợp 1) và phương pháp Lich - Gregoir (trường hợp 2). Cả 2 bệnh nhân xuất viện sau 2 tuần và được rút thông JJ sau 1 tháng. Theo dõi sau phẫu thuật 2 bệnh nhân hoàn toàn khỏe mạnh, các chỉ số của thận ghép nằm trong giới hạn bình thường. Thành công của 2 trường hợp này là tiền đề để chúng tôi có thể áp dụng phương pháp ghép thận tự thân cho những trường hợp mất đoạn niệu quản lớn, bệnh lý mạch máu thận phức tạp, u thận lớn, sỏi thận lớn.

Từ khóa: Ghép thận tự thân, tổn thương niệu quản.

ABSTRACT

KIDNEY AUTOTRANSPLANT FOR LONG URETERAL LOSS: TWO CASES REPORT

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

We report 2 cases of kidney autotransplant for patients with long loss of upper ureter at Hue Central Hospital. Ureteral injury occurs due to complications of previous surgery such as endoscopic retrograde lithotripsy and retroperitoneal re - insertion of the ureter into the bladder with ureteral stone removal. Two patients had kidney surgery with ureteral lesions grafted into the contralateral iliac fossa: renal artery transplantation into the external iliac artery, renal vein into the external iliac vein by end - to - side anastomography and ureteroscopy by Boari flap (case 1) and Lich - Gregoir procedure (case 2). Both patients were discharged after 2 weeks, and the JJ catheter was removed after 1 month. Post - operative follow - up 2 patients were completely healthy, the parameters of the transplanted kidney were within normal level. The success is a premise for us to indicate kidney autotransplant incase long ureteral loss, complicated renal vascular disease, large kidney tumor, large kidney stone.

Keywords: Kidney autotransplant, ureteral injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương niệu quản thường ít gặp, xảy ra sau các tác nhân bên ngoài như chấn thương hoặc hậu quả của các phẫu thuật xâm lấn với tỷ lệ ít hơn 1 - 4% [1]. Xơ

hẹp niệu quản do tổn thương niệu quản sau các phẫu thuật ngoại khoa có đặc điểm là hẹp lòng niệu quản, gây tắc nghẽn làm giảm chức năng thận, thường do thiếu máu cục bộ dẫn đến xơ hóa hoặc mất mô [2].

Ngày nhận bài: 10/10/2023. Ngày chỉnh sửa: 16/11/2023. Chấp thuận đăng: 01/12/2023

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

Ghép thận tự thân cho bệnh nhân tổn thương mất đoạn niệu quản...

Một nghiên cứu hồi cứu trên 55 bệnh nhân bị tổn thương niệu quản do tai biến phẫu thuật trong thời gian 16 năm ghi nhận phần lớn các chấn thương niệu quản xảy ra trong các phẫu thuật phụ khoa (55%). Phần còn lại là của các phẫu thuật tiết niệu (25%), đại trực tràng (15%) và mạch máu (5%) [3]. Đối với các tổn thương niệu quản đoạn ngắn, có thể áp dụng các phương pháp như nối niệu quản bằng bóng hoặc ống thông JJ, cắt nối niệu quản, ghép nối niệu quản bằng vật liệu tự thân. Tuy nhiên đối với các tổn thương xơ hẹp niệu quản đoạn dài hay mất đoạn niệu quản, đặc biệt là đoạn trên là những thách thức rất lớn đối với các phẫu thuật viên tiết niệu [4]. Không có khuyến cáo tuyệt đối nào cho các trường hợp tổn thương niệu quản dài ở đoạn trên. Lựa chọn và quyết định điều trị dựa trên vị trí, mức độ tổn thương cũng như các yếu tố khác như tuổi, giới, tình trạng sức khỏe, chức năng thận đối bên...

Một phương pháp thường được lựa chọn cho bệnh nhân mất đoạn niệu quản dài đoạn trên là tạo hình niệu quản bằng hồi tràng. Tuy nhiên, phương pháp này có thể không thực hiện được ở những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật đường ruột trước đó. Ngoài ra, hậu quả lâu dài của việc thay thế niệu quản bằng hồi tràng chưa được biết rõ hoàn toàn và phải được xem xét khi sử dụng cho bệnh nhân trẻ tuổi. Do đó, đối với những bệnh nhân mà việc thay niệu quản bằng hồi tràng có vẻ không thuận lợi, ghép thận tự thân có thể là lựa chọn duy nhất [5].

Cả ghép thận tự thân đầu tiên ở người được thực hiện năm 1961 ở bệnh nhân có hẹp động mạch thận một bên [6, 7]. Đây là một trong những lựa chọn điều trị cho những bệnh nhân bị tắc nghẽn niệu quản hoặc mất đoạn niệu quản lớn [8]. Năm 1963, J. D. Hardy lần đầu tiên báo cáo kỹ thuật này khi ông điều trị một bệnh nhân với tổn thương đoạn dài niệu quản sau phẫu thuật động mạch chủ bằng cách ghép thận bên tổn thương vào hố chậu đối bên [9]. Phương pháp này có giá trị đối với những bệnh lý mà sự can thiệp vào thận sẽ khiến thận bị thiếu máu nóng kéo dài dẫn đến tổn thương thận vĩnh viễn, chẳng hạn bệnh lý động mạch thận phức tạp [10], khối u thận lớn, sỏi thận phức tạp mà việc bảo tồn thận là bắt buộc [11, 12].

Ở Việt Nam, một số trường hợp ghép thận tự thân đã được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Dược Hồ Chí Minh, phần lớn do các tổn thương liên quan đến mạch máu thận hay tổn thương tại khối u tại thận không thể cắt bỏ thận hoàn toàn.

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp ghép thận tự thân là phương pháp điều trị cho bệnh nhân bị mất đoạn niệu quản dài đoạn trên sau các phẫu thuật trước đó.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trường hợp 1

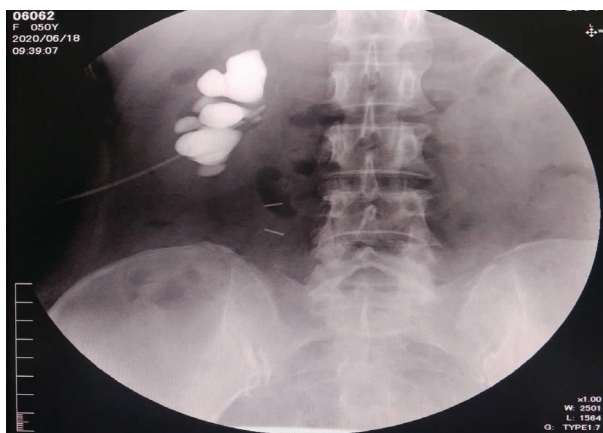
Bệnh nhân nữ 50 tuổi chuyển tuyến từ tuyến dưới với chẩn đoán tắc niệu quản phải kèm dẫn lưu thận phải. Trước đó 1 năm bệnh nhân nhập viện tuyến dưới với chẩn đoán sỏi niệu quản và được chỉ định nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản, quá trình nội soi ngược dòng gặp tai biến thủng niệu quản nên được chuyển sang phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cầm lại niệu quản vào bàng quang đồng thời mở niệu quản lấy sỏi. 3 tháng sau đó bệnh nhân đau hông phải kèm sốt, siêu âm thận phải ứ nước độ II, lần lượt trải qua các phẫu thuật nội soi niệu quản ngược dòng và phẫu thuật mở tìm niệu quản đặt thông JJ nhưng thất bại nên đã được dẫn lưu thận phải.

Sau khi nhập viện tại khoa chúng tôi, bệnh nhân được thăm khám và chỉ định các xét nghiệm thăm dò cần thiết.

Thăm khám bệnh nhân huyết động ổn định, bụng mềm, vết mổ cũ bờ ngoài cơ thẳng bụng bên phải, dẫn lưu thận phải ra nước tiểu trong khoảng 800ml/24h. Tự tiểu vàng trong lượng khoảng 1200ml/24h.

Ure ở mức bình thường, Creatinine trước mổ: 76 $\mu\text{mol/L}$ với mức lọc cầu thận ước tính: 78,8 ml/phút/1,73 m² da.

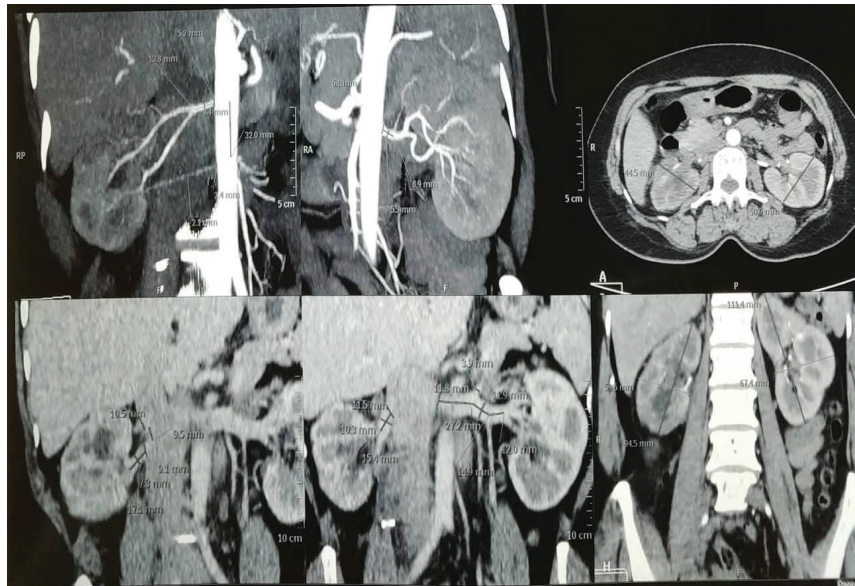
Chụp bể thận - niệu quản phải xuôi dòng: Các đài bể thận phải giãn, Không thấy hình ảnh bể thận, không thấy thuốc cản quang lưu thông qua niệu quản phải xuống bàng quang. Có hình ảnh 2 clip cạnh đốt sống thắt lưng 4.



Hình 1: Chụp bể thận niệu quản xuôi dòng qua dẫn lưu thận

Ghép thận tự thân cho bệnh nhân tổn thương mất đoạn niệu quản...

Chụp CLVT hệ tiết niệu: Thận phải ứ nước độ I/Thông dẫn lưu bể thận ra da vùng hông phải. Chức năng thận phải còn tốt. Có 2 ĐM thận phải: Một ĐM thận chính và một ĐM thận phụ cực dưới. Có 2 TM thận phải: Một TM thận chính và một TM thận phụ rốn thận phải.



Hình 2: Chụp CLVT có dựng hình mạch máu hệ tiết niệu

Nội soi bàng quang qua niệu đạo: Tắc hoàn toàn di tích lỗ niệu quản phải, lỗ niệu quản trái đúng vị trí.

Sau khi thực hiện các xét nghiệm thăm dò trên, bệnh nhân được chẩn đoán mất hoàn toàn niệu quản phải, đã dẫn lưu thận phải. Bạch cầu niệu dương tính nhưng cấy nước tiểu âm tính. Chức năng thận phải còn tốt có thể bảo tồn, nên chúng tôi quyết định thực hiện phương pháp ghép thận tự thân cho bệnh nhân.

Quá trình phẫu thuật được tiến hành bởi 3 kíp (kíp lấy thận, kíp rửa thận và kíp ghép thận):

Lấy thận phải: Thực hiện đường mổ xiên hông phải vào khoang sau phúc mạc. Phẫu tích, bộc lộ thận phải và mạch máu khó khăn do tổ chức xung quanh viêm dính, bộc lộ bể thận và niệu quản, tổ chức xung quanh rất viêm dính. Bộc lộ cuống thận có 2 ĐM và 2 TM, tiến hành kẹp cắt các ĐM, TM thận sát gốc. Lấy thận ra chuyển sang kíp rửa thận. Đặt dẫn lưu ổ mổ, đóng vết mổ 3 lớp.

Rửa thận và xử lý niệu quản: Thận được rửa xuôi dòng từ các nhánh động mạch bằng dung dịch Custadiol 1000ml đến khi thận trắng ngà đều, dịch ra qua tĩnh mạch trong hoàn toàn. Không thấy nước tiểu qua niệu quản nên chúng tôi tiến hành xử lý niệu quản bằng cách cắt bỏ dần đến sát bể thận. Tuy nhiên niêm mạc bên trong đều bị xơ hóa cứng, không khảo sát được vị trí vào bể thận.

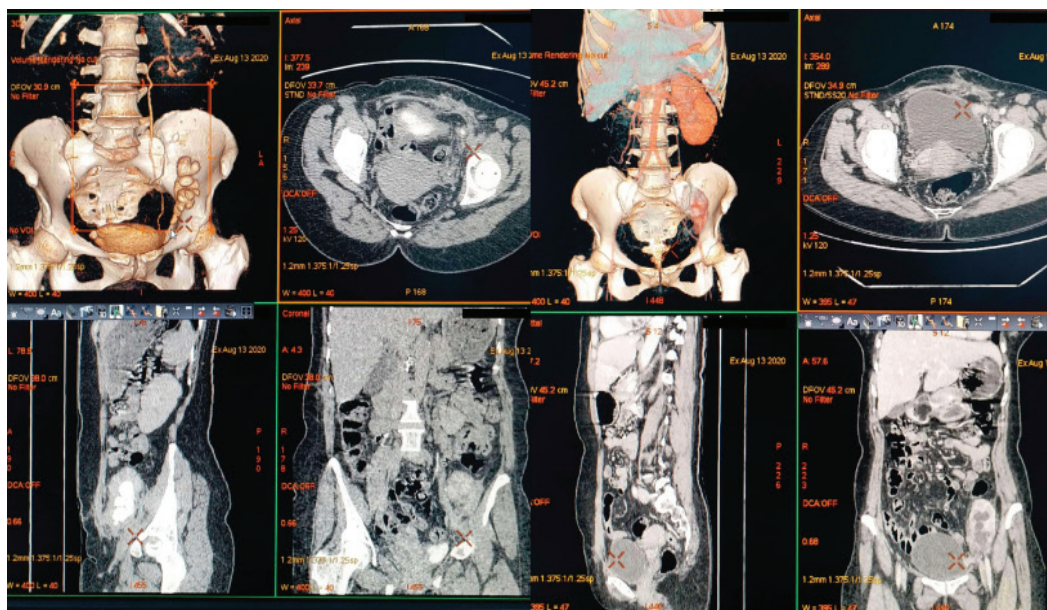
Ghép thận phải vào hố chậu trái: Rạch da đường Gibson trái vào bộc lộ bó mạch chậu trái. Thực hiện 4 miệng nối theo kiểu tận bên: nối 2 ĐM thận phải vào ĐM chậu ngoài trái, nối 2 TM thận phải vào TM chậu ngoài trái. Sử dụng vật Boari (lấy vật bàng quang tạo hình niệu quản) để thay thế niệu quản, cắm vào niêm mạc cực dưới thận, có đặt thông JJ bên trong.

Bệnh nhân được rút dẫn lưu ổ mổ sau 5 ngày và ra viện sau 2 tuần với tình trạng ổn định. Creatinine huyết thanh trước và sau mổ không thay đổi đáng kể.

Siêu âm doppler thận ghép: Thận ghép đặt ở hố chậu trái, kích thước khoảng 80 x 39 x 42mm. ĐM thận cắm vào ĐM chậu ngoài trái, đoạn gốc Vmax# 75cm/s, RI: 0,86. TM hồi lưu bình thường. Không có huyết khối, không tụ dịch quanh thận.

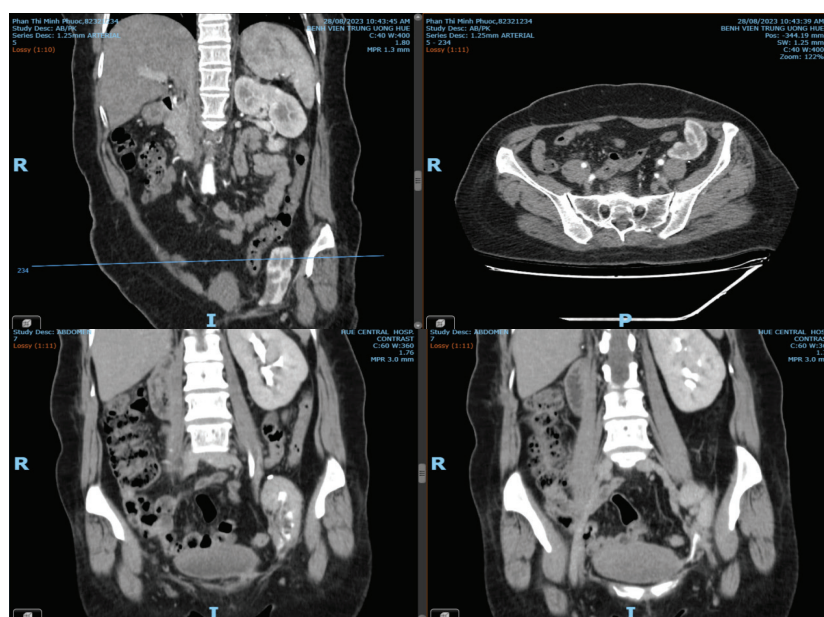
Sau 1 tháng bệnh nhân được rút thông JJ. Sau 2 tháng bệnh nhân tái khám với tình trạng sức khỏe ổn định, vết mổ liền tốt, Creatinine huyết thanh 86 $\mu\text{mol/L}$, lượng nước tiểu khoảng 1800ml/24h.

Ghép thận tự thân cho bệnh nhân tổn thương mất đoạn niệu quản...



Hình 3: Chụp CLVT bụng tiểu khung sau 2 tháng, thận ứ nước cũ, đường bài xuất thận ghép hố chậu trái tốt.

Theo dõi bệnh nhân sau 3 năm: Về lâm sàng: Bệnh tình, huyết động ổn, căng nhẹ vùng hố chậu trái, tiểu thường 2000ml/24h, bụng mềm. Về xét nghiệm cận lâm sàng: 10TSNT: Bạch cầu niệu và nitrit âm tính. Chức năng thận: Ure 6.0 mmol/L, Creatinine máu: 70 μ mol/L. Siêu âm bụng: Thận ghép ở hố chậu P kích thước 82 x 40 x 30 mm, không sỏi, không ứ nước, phản âm tùy vỏ rõ. CT scan: Chụp CLVT hệ tiết niệu cho thấy thận ghép kích thước 84 x 39 x 26 mm nằm trong hố chậu trái, còn ngấm thuốc và thải thuốc tốt.



Hình 4: Chụp CLVT bụng và tiểu khung sau 3 năm:
Thận có kích thước nhỏ nhưng còn ngấm thuốc và thải thuốc tốt.

Trường hợp 2

Bệnh nhân nam 58 tuổi chuyển tuyến từ tuyến dưới với chẩn đoán tổn thương đoạn niệu quản trái, đã dẫn lưu thận trái ra da kèm sỏi niệu quản trái, sỏi thận 2 bên. Trước đó 2 ngày bệnh nhân nhập viện tuyến dưới với chẩn đoán sỏi niệu quản trái và được chỉ định nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản, quá trình nội

Ghép thận tự thân cho bệnh nhân tổn thương mất đoạn niệu quản...

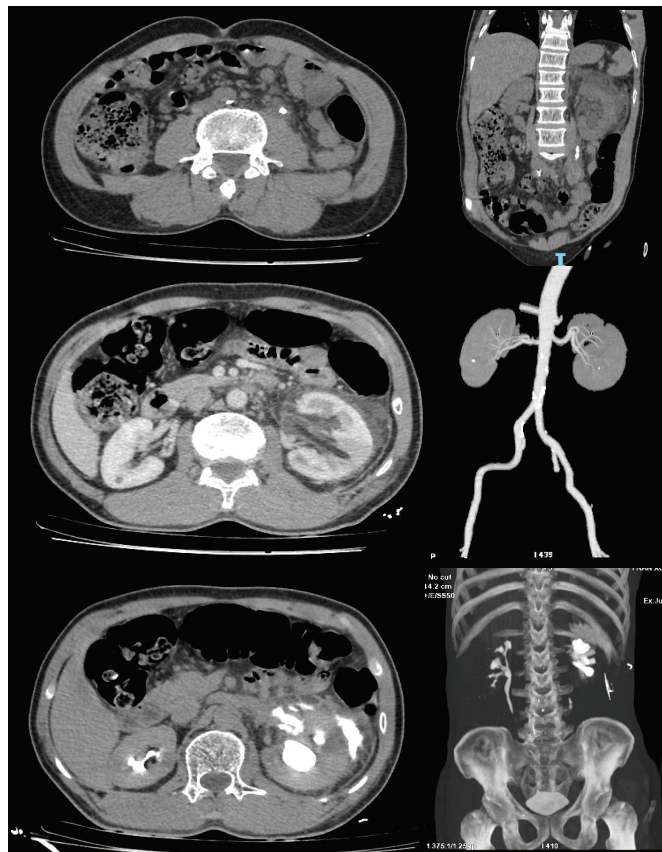
soi ngược dòng niệu quản xơ hẹp nhiều, tổn thương đứt niệu quản đoạn 1/3 trên, không tìm được đầu trên niệu quản và đặt thông JJ thất bại, do đó được dẫn lưu thận trái ra da. Sau 1 ngày bệnh nhân được chuyển vào Bệnh viện Trung Ương Huế điều trị tiếp.

Sau khi nhập viện, bệnh nhân được thăm khám và chỉ định các xét nghiệm, thăm dò:

Thăm khám bệnh tình táo, huyết động ổn định, bụng mềm, đau nhiều vùng thắt lưng trái, lượng nước tiểu qua thông dẫn lưu thận trái và thông tiểu khoảng 2000ml/24h, vàng trong.

Xét nghiệm máu ổn định, Creatinine huyết thanh trước mổ: 104,48 $\mu\text{mol/L}$ với mức lọc cầu thận ước tính: 67,5ml/phút/1,73m² da, xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu, cấy nước tiểu âm tính.

Chụp X-quang hệ tiết niệu: Có hình ảnh dẫn lưu thận trái và 2 nốt cản quang ngang mức L3 dọc 2 bên cột sống.



Hình 5: Chụp CLVT Hệ tiết niệu BN Trần Xuân H. 58T

CLVT hệ tiết niệu: Soi niệu quản trái đoạn 1/3 trên gây thận trái ứ nước độ II, dưới sỏi không còn thấy hình ảnh niệu quản, thay vào đó là hình ảnh có tỉ trọng cao và giới hạn không rõ kích thước khoảng 70 x 20 mm (khả năng máu cục và nước tiểu). Mất đoạn niệu quản dưới khoảng 15cm. Dẫn lưu thận trái ra da. Soi thận 2 bên. Nang thận trái. Chức năng thận 2 bên còn duy trì. Thận trái có 1 nhánh động mạch và 1 nhánh tĩnh mạch

Sau khi thực hiện các xét nghiệm thăm dò trên, bệnh nhân được hội chẩn đa chuyên khoa với chẩn đoán tổn thương mất dài đoạn trên của niệu quản trái, hậu phẫu tán sỏi niệu quản trái qua nội soi đã dẫn lưu thận trái, sỏi niệu quản trái, sỏi thận phải. Được chỉ định đặt thông JJ niệu quản phải và cắt thận trái ghép vào hố chậu phải.

Quá trình phẫu thuật được thực hiện bởi các bác sĩ khoa Ngoại Thận - Tiết niệu, khoa Lồng Ngực - Tim mạch và khoa gây mê hồi sức với 3 kíp (kíp lấy thận, kíp rửa thận và kíp ghép thận):

Ghép thận tự thân cho bệnh nhân tổn thương mất đoạn niệu quản...

Nội soi đặt JJ niệu quản phải (Chuẩn bị cho phẫu thuật nội soi tán sỏi thận bằng ống soi mềm, thực hiện sau đó 4 tuần)

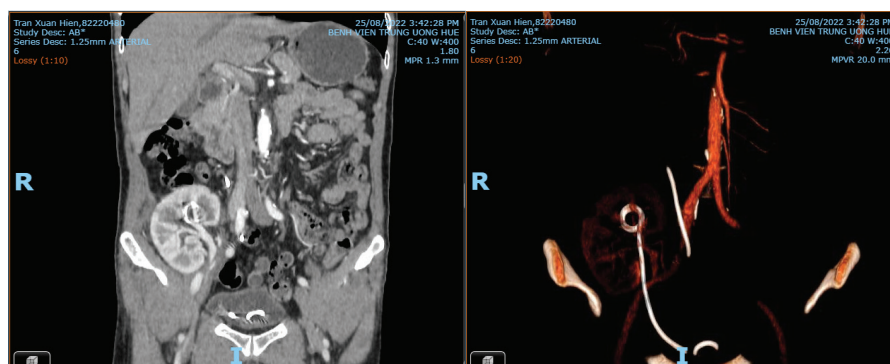
Cắt thận trái và ghép thận vào hố chậu đối bên: Đường mổ xiên hông trái vào khoang sau phúc mạc. Phẫu tích, bóc lộ thận trái, mạch máu và niệu quản đến đoạn dưới viên sỏi, cắt niệu quản và lấy sỏi, cắt động mạch, tĩnh mạch bằng Hem-O-lock. Lấy thận ra chuyển sang kíp rửa thận. Đặt dẫn lưu ổ mổ, đóng vết mổ.

Rửa thận: Thận được rửa xuôi dòng bằng dung dịch Custadiol 1000ml đến khi thận trắng ngà. Khảo sát niệu quản dài khoảng 5cm, đủ để thực hiện cắm vào niệu quản

Ghép thận trái vào hố chậu phải: Rạch da đường Gibson phải vào bóc lộ bó mạch chậu phải. Thực hiện 2 miệng nối theo kiểu tận bên: nối ĐM thận trái vào ĐM chậu ngoài phải, nối TM thận trái vào TM chậu ngoài phải. Cắm lại niệu quản vào bàng quang bằng phương pháp Lich - Gregoir có đặt thông JJ.

Bệnh nhân được rút dẫn lưu ổ mổ sau 5 ngày và ra viện sau 2 tuần với tình trạng ổn định. Creatinine huyết thanh sau mổ 1 tuần: 94 $\mu\text{mol/L}$.

Sau 1 tháng bệnh nhân tái khám với tình trạng sức khỏe ổn định, vết mổ liền tốt, lượng nước tiểu khoảng 1800ml/24h. Siêu âm doppler thận ghép cho kết quả tốt, không tụ dịch sau mổ.



Hình 6: Chụp CLVT hệ tiết niệu BN Trần Xuân H. sau mổ 1 tháng

Chụp CLVT hệ tiết niệu cho thấy thận ghép nằm trong hố chậu phải, ngấm và thải thuốc tốt. Bệnh nhân được rút JJ thận ghép và tiến hành nội soi mềm tán sỏi thận phải, rút ống thông niệu quản sau 2 ngày, xuất viện sau 3 ngày. Không có tai biến trong các quá trình mổ.

Theo dõi bệnh nhân sau 1 năm: Về lâm sàng: Bệnh tĩnh, huyết động ổn, căng nhẹ vùng hố chậu P, tiểu thường 2000ml/24h, bụng mềm. Về xét nghiệm cận lâm sàng: 10TSNT: Bạch cầu niệu và nitrit âm tính. Chức năng thận: Ure 8.6 mmol/l, Creatinine máu: 99 $\mu\text{mol/L}$. Siêu âm bụng: Thận ghép ở hố chậu P không sỏi, không ứ nước, phản âm tủy rõ. Siêu âm Doppler mạch máu thận ghép: (trong giới hạn bình thường); Đoạn trong thận: V max 31 cm/s, RI 0.6; Đoạn tại thận: V max 70 cm/s, RI 0,65. CT scan: Chụp CLVT hệ tiết niệu cho thấy thận ghép nằm trong hố chậu phải, ngấm và thải thuốc tốt.

III. BÀN LUẬN

Tổn thương niệu quản là biến chứng của các phẫu thuật tiết niệu đã thực hiện trước đó trên hai bệnh nhân này. Chức năng thận tạm thời được bảo tồn nhờ được dẫn lưu thận các phẫu thuật tiết niệu.

Rõ ràng là việc đưa ra quyết định thích hợp và can thiệp phẫu thuật kịp thời có thể ngăn ngừa việc phải cắt thận và các biến chứng có thể xảy ra trong tương lai. Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau để điều trị mất đoạn niệu quản. Tạo hình niệu quản từ đoạn hồi tràng có thể được xem xét trong các trường hợp này. Tuy nhiên một số biến chứng liên

quan đã được báo cáo khi tạo hình niệu quản bằng ruột bao gồm nhiễm khuẩn niệu, dò động tĩnh mạch, tắc ruột non [13], rối loạn điện giải và tạo sỏi về sau [14]. Bên cạnh đó, có nhiều bước trong lựa chọn đoạn ruột, cắt, khâu nối ruột làm kéo dài thời gian phẫu thuật, cùng các tình trạng liên quan đến hồi phục đường tiêu sau phẫu thuật có thể làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng, làm kém sự lành vết thương, có thể làm cho kết quả phẫu thuật không tốt.

Mất đoạn niệu quản ngắn có thể được tái tạo bằng cắt nối hoặc cắm lại niệu quản. nhưng nếu mất đoạn niệu quản dài hơn, nên xem xét sử dụng vật Boari,

có hoặc không kết hợp với thủ thuật đỉnh cơ Psoas hoặc có thể cân nhắc sử dụng đoạn hồi tràng thay thế niệu quản [15]. Đối với trường hợp thứ nhất, chúng tôi lựa chọn làm vạt Boari (vạt bàng quang) để tái tạo niệu quản một đoạn #10 cm cắm vào niêm mạc cực dưới thận. Vì bệnh nhân mất hoàn toàn niệu quản đoạn trên và bể thận. Vạt Boari cho phép có thể tạo ra niệu quản lên đến 15cm trong những trường hợp này. Trường hợp thứ hai, do mất đoạn niệu quản xa, khoảng cách từ vị trí trên sỏi đến bể thận còn bảo tồn nên chúng tôi tiến hành cắm lại niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich - Greigor.

Một trong những báo cáo lớn nhất về ghép thận tự thân được ghi nhận do tác giả Novick và cộng sự [16] thực hiện. Nghiên cứu trên 108 bệnh nhân được ghép thận tự thân chỉ định do nhiều nguyên nhân như bệnh lý động mạch thận (67 BN), thay thế niệu quản (27 BN), ung thư biểu mô tế bào thận (14 bệnh nhân). Tác giả nhận thấy có 25 trong số 27 bệnh nhân tổn thương niệu quản được ghép thận tự thân sau mổ cho kết quả tốt. Toàn bộ chức năng thận được bảo tồn tốt ở những bệnh nhân này và chỉ có 1 người bị nhiễm trùng niệu mãn tính. Tương tự trong báo cáo của chúng tôi, cả hai bệnh nhân có chức năng thận tức thì của thận ghép đều ổn định, nồng độ creatinin huyết thanh cả 2 trường hợp trước và sau mổ lần lượt là 76 - 86 $\mu\text{mol/L}$ (TH 1), 104 - 94 $\mu\text{mol/L}$ (TH 2), theo dõi sau 3 năm đối với trường hợp 1 và sau 1 năm với trường hợp 2 cho thấy thận ghép tự thân ngấm thuốc và thải thuốc tốt, chức năng thận trong giới hạn bình thường. Trong nghiên cứu của tác giả Ruiz và cộng sự [17] đã báo cáo các trường hợp ghép thận tự thân với creatinin huyết thanh trung bình là 123,76 $\mu\text{mol/L}$ khi theo dõi 73,1 tháng.

Biến chứng phổ biến liên quan đến ghép thận tự thân là nhiễm khuẩn niệu và chảy máu [6, 17]. Các biến chứng hiếm gặp hơn bao gồm sốc nhiễm khuẩn và huyết khối tĩnh mạch cũng đã được báo cáo [18]. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch thận ghép có tỷ lệ khoảng 3,2% trong một phân tích của tác giả Moghadamyeghaneh và cộng sự [19]. Nhiều tác giả đồng thuận việc siêu âm doppler thận ghép thường quy ngay đầu sau phẫu thuật ghép thận tự thân [7, 17], nếu phát hiện thấy huyết khối cần đánh giá trên CT-scan ngay lập tức. Đồng quan điểm đó, chúng tôi đều thực hiện siêu âm Doppler thận ghép hậu phẫu ngày thứ 1 ở cả 2 trường hợp nhằm đánh giá

tưới máu thận cũng như phát hiện sớm huyết khối tĩnh mạch để kịp thời xử lý. Tuy các trường hợp trong báo cáo của chúng tôi đều không gặp các tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Nhưng để khách quan hơn, cần theo dõi các trường hợp này trong một thời gian dài và đánh giá chức năng thận ghép bằng phương tiện chính xác hơn đó là xạ hình thận, đây cũng là hạn chế lớn trong báo cáo của chúng tôi.

Việc ghép thận tự thân đòi hỏi đội ngũ có chuyên môn và kinh nghiệm, bệnh nhân có tình trạng thể chất và độ tuổi thích hợp, từ đó đưa ra quyết định chính xác và kịp thời. Ghép thận tự thân đã được chỉ định ở hai bệnh nhân của chúng tôi sau khi đánh giá đầy đủ và xem xét các lựa chọn khác nhau. Dựa trên tổn thương của niệu quản và bể thận để lựa chọn phương án tái tạo niệu quản bằng kỹ thuật tạo vạt Boari hay cắm lại niệu quản. Đây là những trường hợp đầu tiên được chúng tôi thực hiện và ghi nhận, kết quả thể hiện khả quan và mang lại nhiều kinh nghiệm cho chúng tôi khi đối mặt với các trường hợp tương tự trong tương lai.

IV. KẾT LUẬN

Ghép thận tự thân là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn cho các bệnh nhân tổn thương niệu quản dài đoạn trên do các phẫu thuật trước đó gây ra, chức năng thận ghép duy trì ổn định sau 1 năm và 3 năm theo dõi ở 2 trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, Campbell-Walsh urology: expert consult premium edition: enhanced online features and print, 4-volume set. 2011: Elsevier Health Sciences.
2. Stuart Wolf J, Elashry OM, Clayman RV, Long-term results of endoureterotomy for benign ureteral and ureteroenteric strictures. The Journal of urology, 1997;158(3):759-764.
3. Elliott SP, McAninch JW, Ureteral injuries: external and iatrogenic. Urologic Clinics, 2006;33(1):55-66.
4. Benson MC, Ring KS, Olsson CA, Ureteral reconstruction and bypass: experience with ileal interposition, the Boari flap-psoas hitch and renal autotransplantation. The Journal of urology, 1990;143(1):20-23.
5. Graham SD, Keane TE, Glenn JF, Glenn's urologic surgery. 2010: Lippincott Williams & Wilkins.
6. Alameddine M, Moghadamyeghaneh Z, Yusufali A, Collazo AM, Jue JS, Zheng I, et al., Kidney autotransplantation: between the past and the future. Current urology reports, 2018;19(3):1-11.

7. Joshi P, Lin J, Sura T, Limbu PS, Melkonian V, Bastani B, et al., Kidney Autotransplantation for Treatment of Ureteric Obstruction: A Case Report and Brief Review of the Literature. *Case Reports in Surgery*, 2021;2021:6646958.
8. Bodie B, Novick AC, Rose M, Straffon RA, Long-term results with renal autotransplantation for ureteral replacement. *The Journal of urology*, 1986;136(6):1187-1189.
9. Dean RH, Meacham PW, Weaver FA, Ex vivo renal artery reconstructions: indications and techniques. *Journal of vascular surgery*, 1986;4(6):546-552.
10. Novick AC, Straffon RA, Stewart BH, Experience with extracorporeal renal operations and autotransplantation in the management of complicated urologic disorders. *Surg Gynecol Obstet*, 1981;153(1):10-8.
11. Van Der Velden J, Van Bockel J, Zwartendijk J, Van Krieken J, Terpstra J, Long-term results of surgical treatment of renal carcinoma in solitary kidneys by extracorporeal resection and autotransplantation. *British journal of urology*, 1992;69(5):486-490.
12. Zincke H, Sen SE, Experience with extracorporeal surgery and autotransplantation for renal cell and transitional cell cancer of the kidney. *The Journal of urology*, 1988;140(1):25-27.
13. Wolff B, Chartier-Kastler E, Mozer P, Haertig A, Bitker M-O, Rouprêt M, Long-term functional outcomes after ileal ureter substitution: a single-center experience. *Urology*, 2011;78(3):692-695.
14. Milonas D, Stirbys S, Jievaltas M, Successful treatment of upper ureteral injury using renal autotransplantation. *Medicina*, 2009;45(12):988.
15. Byun SS, Kim JH, Oh SJ, Kim HH, Simple retrograde balloon dilation for treatment of ureteral strictures: etiology-based analysis. *Yonsei medical journal*, 2003;44(2):273-278.
16. Novick AC, Jackson CL, Straffon RA, The role of renal autotransplantation in complex urological reconstruction. *The Journal of urology*, 1990;143(3):452-457.
17. Ruiz M, Hevia V, Fabuel J-J, Fernández A-A, Gómez V, Burgos F-J, Kidney autotransplantation: long-term outcomes and complications. Experience in a tertiary hospital and literature review. *International urology and nephrology*, 2017;49(11):1929-1935.
18. Cowan NG, Banerji JS, Johnston RB, Duty BD, Bakken B, Hedges JC, et al., Renal autotransplantation: 27-year experience at 2 institutions. *The Journal of Urology*, 2015;194(5):1357-1361.
19. Moghadamyeghaneh Z, Hanna MH, Fazlalizadeh R, Obi Y, Foster CE, Stamos MJ, et al., A nationwide analysis of kidney autotransplantation. *The American Surgeon*, 2017;83(2):162-169.