

KẾT QUẢ LÂU DÀI CỦA CÁC BỆNH NHÂN CÓ BIẾN CHỨNG HẸP NIỆU QUẢN THẬN GHEP

Lê Nguyễn Vũ^{1,2}, Trần Minh Tuấn¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của việc điều trị biến chứng hẹp niệu quản thận ghép. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 33 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp niệu quản thận ghép qua lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính. Các chỉ tiêu nghiên cứu: giới, nguồn thận ghép, thời gian hẹp niệu quản, can thiệp trước đó, phương pháp cầm niệu quản bàng quang, mổ mở lấy thận hay nội soi, thận bên phải/trái, vị trí hẹp niệu quản, các nguyên nhân gây hẹp, phương pháp điều trị, kết quả điều trị sau 1 tháng, 3 tháng, 1 năm. **Kết quả:** tỷ lệ nam/ nữ 22/11. 93,93% thận lấy từ người cho sống và 6,07% thận ghép lấy từ người cho chết não. Lấy thận theo phương pháp mổ nội soi: 78.78%, mổ mở là 21.22%, thận hiến là thận phải gấp 69.69%. 100% các bệnh nhân bị hẹp đều có giãn niệu quản bể thận trên siêu âm và creatinin máu cao hơn mức nền. Thời gian từ khi ghép thận đến khi hẹp niệu quản nhiều nhất là nhóm bệnh nhân sau ghép 1 tháng chiếm tỷ lệ 66.67%. Siêu âm niệu quản bể thận giãn lớn >2cm chiếm tỷ lệ 60.61%. Vị trí hẹp trên cắt lớp vi tính đoạn miệng nối niệu quản bàng quang là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 75.75%. Điều trị bằng phương pháp nong niệu quản bằng bóng thành công 2 trường hợp (6,07%). Các trường hợp còn lại sau khi nong bằng bóng phải mổ mở: 24.24% hoặc mổ mở luôn khi chẩn đoán hẹp 69.69%. cầm niệu quản thận ghép vào niệu quản cũ là kỹ thuật ưu tiên được lựa chọn chiếm tỷ lệ 87.1%, có 13% trường hợp phải khâu buộc thêm niệu quản thận ghép tránh nhiễm trùng ngược dòng. Kết quả chức năng thận trở về bình thường và không còn tình trạng nhiễm khuẩn. **Kết luận:** Phẫu thuật mổ mở chỉ định cho những trường hợp hẹp dài hoặc đã điều trị bằng nội soi thất bại. Đặt stent niệu quản không phải lúc nào cũng khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả điều trị.

Từ khóa: ghép thận, hẹp niệu quản thận ghép

SUMMARY

THE LONG-TERM OUTCOMES OF PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF URETERAL STRICTURE AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

Objective: To evaluate the outcomes of treating complications of ureteral stricture after kidney transplantation. **Patients and Research Methods:** Retrospective description of 33 patients diagnosed with ureteral stricture after kidney transplantation through clinical assessment and computed

tomography imaging. Study parameters: Gender, source of the transplanted kidney, duration of ureteral stricture, previous interventions, method of ureteral stent placement, open surgery or endoscopy, right/left kidney, location of the stricture, causes of stricture, treatment methods, treatment outcomes after 1 month, 3 months, and 1 year. **Results:** 22 males to 11 females. 93.93% of the kidneys were procured from living donors, while 6.07% were from deceased donors. Endoscopic surgery was used for kidney retrieval in 78.78% of cases, while open surgery accounted for 21.22%. The right kidney was donated in 69.69% of cases. All patients with strictures had dilated renal pelvis on ultrasound and higher blood creatinine levels than baseline. The majority (66.67%) developed ureteral stricture within 1 month post-transplantation. Dilatation of the renal pelvis > 2cm on ultrasound accounted for 60.61%. The most common site of stricture on CT imaging was at the ureter-bladder anastomosis, accounting for 75.75%. Balloon dilation of the ureteral stricture was successful in 6.07% of cases. The remaining cases underwent open surgery after failed balloon dilation (24.24%) or directly upon diagnosis (69.69%). Placing the transplant ureteral stent into the native ureter was the preferred technique in 87.1% of cases, with 13% requiring additional suturing to prevent retrograde infection. Normal renal function and resolution of infection were achieved in all cases. **Conclusion:** Open surgery is indicated for long or failed endoscopic treatment of strictures. Placement of ureteral stents may not always be technically feasible or effective.

Keywords: kidney transplantation, Ureteral strictures

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng xơ hẹp miệng nối niệu quản bàng quang là một biến chứng tiết niệu thường gặp, xảy ra sau ghép khoảng trên một tháng với tỷ lệ vào khoảng 2-7,5%¹. Thiếu nuôi dưỡng ở phần cuối niệu quản là nguyên nhân chính dẫn đến xơ hẹp miệng nối niệu quản bàng quang. Tình trạng thiếu nuôi dưỡng này lại tăng thêm do dùng các thuốc điều trị thải ghép. Về điều trị vẫn còn nhiều tranh luận là nên điều trị bằng nội soi hay bằng phẫu thuật mổ mở. Một số tác giả cho rằng nên sử dụng phẫu thuật nội soi khi hẹp ngắn (<2cm) và xuất hiện trong những tháng đầu sau ghép. Phẫu thuật mổ mở chỉ định cho những trường hợp hẹp dài hoặc đã điều trị bằng nội soi thất bại². Đặt stent niệu quản không phải lúc nào cũng khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả điều trị. Từ năm 2019-2023 chúng tôi tiếp nhận và điều trị tất cả các bệnh nhân có biến chứng hẹp niệu

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu.urologist@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024

quản sau ghép thận. Các bệnh nhân này được ghép tại tất cả các cơ sở ghép tạng của khu vực phía Bắc. Các kỹ thuật điều trị đều được áp dụng để nhanh chóng phục hồi chức năng thận ghép. Chúng tôi thực hiện báo cáo này đóng góp thêm kinh nghiệm điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các BN hẹp niệu quản (NQ) của các bệnh viện trong khu vực phía Bắc

Tiêu chuẩn lựa chọn: hẹp niệu quản sau ghép thận của các bệnh viện khu vực phía bắc đã ghép thận được xác định qua lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính

Tiêu chuẩn loại trừ: rò, thủng niệu quản phát hiện trong thời gian hậu phẫu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

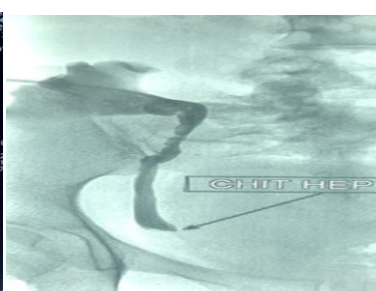
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu 33 trường hợp từ năm 2018-2023

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện,

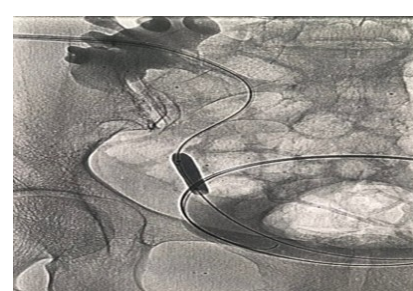
2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: giới, nguồn thận ghép, thời gian hẹp niệu quản, can thiệp trước đó, phương pháp cầm niệu quản bàng quang, mổ mở lấy thận hay nội soi, thận bên phải/ trái, vị trí hẹp niệu quản, các nguyên nhân gây hẹp, phương pháp điều trị, kết quả điều trị sau 1 tháng, 3 tháng, 1 năm



Cắt lớp vi tính hẹp NQ



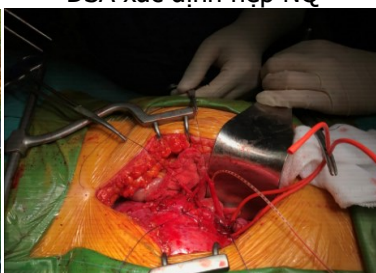
DSA xác định hẹp NQ



Nong NQ bằng bóng



Gỡ xơ dính niệu quản



Nối NQ thận ghép _ NQ cũ



Hẹp NQ muộn sau 3 năm

Hình 1: các phương pháp xử trí hẹp niệu quản

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chẩn đoán bệnh lý hẹp niệu quản sau ghép

Đặc điểm nhóm BN	N	Tỷ lệ %
Nam/ nữ	22/11	66.67/ 33.33%
Nguồn thận ghép:		
Người cho sống (NCS)	31	93.93%
Người cho chết não	2	6.07%
Phương pháp lấy thận:		
Mổ nội soi	26	78.78%
Mổ mở	7	21.21%
Thận phải/ trái	23/10	69.69%/30.31%
Tình trạng khi khám bệnh: giãn NQ bể thận + creatinine máu tăng	33	100%
Thời gian từ khi ghép đến khi hẹp NQ		
Sau rút JJ hoặc sau theo dõi 2 tháng	22	66.67%
Sau 3 tháng -1 năm	8	24.24%
Sau 2 năm	3	9.09%
Vị trí hẹp NQ trên CLVT:		
Hẹp NQ trên chỗ đổ vào bàng quang	25	75.75%
Hẹp NQ 1/3 trên	2	6.07%
Hẹp NQ 1/3 G	6	18.18%

Siêu âm: NQ bể thận giãn > 12mm -20mm	13	39.39%
NQ bể thận giãn 20 -40mm	20	60.61%

Nhận xét: hẹp do nguyên nhân thận phải gặp tỷ lệ cao 69.69%, và chủ yếu sau mổ nội soi 78.78%. hẹp niệu quản có thể xuất hiện muộn sau 3 năm.

Bảng 2: Đặc điểm bệnh lý hẹp niệu quản trước và trong mổ

Đặc điểm nhóm BN	N	Tỷ lệ %
Cách thức can thiệp điều trị		
Nong niệu quản 1 tháng / lần x 3 lần	2	6.07%
Nong niệu quản 3 lần sau đó phải mổ mở	8	24.24%
Mổ mở khi thấy có hẹp NQ trên CDHA	23	69.69%
Vị trí hẹp xác định trong mổ		
Hẹp NQ 1/3 dưới do thiếu máu đầu xa do dài	25	75.75%
Hẹp NQ do 1/3 dưới do đảo cực thận gây thiếu máu đầu xa	2	6.07%
Hẹp 1/3 G NQ do xơ dính, gấp khúc, dài niệu quản	4	12.14%
Hẹp bể thận niệu quản 1/3 trên do ĐM bất thường	2	6.07%
Cách thức phẫu thuật (N= 31*/33)		
Cầm NQ thận ghép- NQ thận cũ, gỡ dính đoạn hẹp NQ _ BQ thận ghép	27	87.1%
Cầm NQ thận ghép NQ cũ + cắt và khâu buộc mỏm NQ thận ghép	4	12.9%
Kết quả sinh thiết: Tổ chức thành NQ xơ hẹp viêm mạn	4	100%

Nhận xét: Chỉ có 2 BN nong bóng niệu quản thành công đều nong 3-4 lần. Mổ tạo hình cầm niệu quản thận ghép vào niệu quản thận cũ là phương pháp ưu tiên lựa chọn.

Bảng 3: Diễn biến sau điều trị

Đặc điểm nhóm BN sau mổ N = 31	N	Tỷ lệ %
Hậu phẫu ổn định ngay	25	80.64%
dẫn lưu thận bảo vệ miệng nối NQ thận ghép NQ cũ - rút sau 1 tháng – niệu quản sau đó hết giãn	2	6.45%
Nhiễm trùng vết mổ	2	6.45%
Rò miệng nối - Điều trị nội	2	6.45%
Thời gian ra viện đối với BN mổ lại N=31: 7 ngày	28	90.32%
2 tuần	2	6.4%
1 tháng	1	3.2%
Siêu âm sau rút JJ (N = 33): NQ bể thận hết giãn	30	90.9%
NQ giãn nhẹ < 1cm	3	9.1%
Theo dõi creatinin máu sau điều trị (N =33)		
1 tháng: 100,2 ± 23,0 µmol/l		
3 tháng: 101,2 ± 31,0 µmol/l		
1 năm: 98,3± 21,1 µmol/l		

Nhận xét: Các BN sau mổ đều có chức năng thận trở về bình thường với creatinine trung bình là: 100,2 ± 23,0 µmol/l.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng tiết niệu được coi là một trong những nguyên nhân chính gây chậm chức năng hay hỏng thận ghép thậm chí gây tử vong ở người nhận thận¹. Tỷ lệ mắc và tác động của nó đối với thời gian sống thận ghép có thể được giảm thiểu. Các yếu tố nguy cơ dẫn đến hẹp NQ: có trên 2 nhánh động mạch thận ghép, người hiến thận trên 65 tuổi, thời gian thiếu máu thận ghép kéo dài, không đặt stent NQ thận ghép³. Tỷ lệ hẹp NQ muộn theo nghiên cứu của Karam (2006) là 4.1% (n=1787). Biến chứng muộn hẹp NQ có liên quan đến các yếu tố: tuổi người cho

thận >65, số lượng động mạch thận ghép >2 và chức năng thận ghép chậm phục hồi (delayed graft function)⁴. Tỷ lệ hẹp NQ muộn ở nhóm nối NQ-BQ theo phương pháp của L-G có đặt stent NQ trong nghiên cứu của Nie (2009) là 13/976 (1,33%) và hầu hết được mổ lại nối NQ thận ghép với NQ của BN⁵. Nghiên cứu của Streeter (2002) tỷ lệ hẹp NQ do nguyên nhân thiếu máu là 2,08% và do các nguyên nhân khác là 1,43%⁶. Điều trị hẹp NQ sau mổ ghép thận bằng phương pháp bảo tồn qua nội soi BQ hoặc qua da: nong NQ hẹp bằng bóng, xẻ hẹp, đặt double J catheter và rút sau 1-3 tháng^{2,7}. Mổ mở nối lại NQ-BQ hoặc nối với NQ của bệnh nhân. Shoskes D.A. cộng sự báo cáo kết quả của 1000 BN sau ghép thận xác định 36 BN (0,36%) hẹp NQ: trong đó có 20 TH hẹp do thiếu dưỡng NQ

(55,56%) và 16 TH (44,44%) do các nguyên nhân khác⁷. Biểu hiện lâm sàng của hẹp NQ tùy theo vị trí hẹp, mức độ hẹp và khởi phát nhanh hay chậm. Thường hẹp NQ diễn ra từ từ và không có triệu chứng, tăng creatinin máu không rõ nguyên nhân và giãn đài bể thận vừa phải trên siêu âm. Chẩn đoán đôi khi rõ ràng và dễ: đau thận ghép do tắc nghẽn đột ngột và cấp tính, creatinine máu tăng nhanh, vô niệu, siêu âm thận giãn nhiều. Trong số 33 trường hợp chúng tôi điều trị đều nhận thấy đa phần đều xuất hiện hẹp sau 1 tháng ngay khi rút JJ, lâm sàng bệnh nhân chưa có dấu hiệu giảm nước tiểu hoặc phù tạng cân, nhưng đau lưng và siêu âm thấy niệu quản giãn ngay ngày đầu tiên sau rút JJ. Các xét nghiệm đều thấy creatinin tăng trên mức creatinin nền của bệnh nhân 10%. Chúng tôi cũng gặp những trường hợp bệnh nhân hẹp niệu quản sau 3 năm nhưng chỉ phát hiện được qua theo dõi siêu âm nhiều lần và xét nghiệm creatinin tăng dần đều.. Ban đầu dẫn lưu thận qua da được thực hiện để khôi phục chức năng thận bình thường nhưng điều trị hết nguyên nhân mới giải quyết triệt để được tắc nghẽn. Theo tác giả Prudhomme⁸ nghiên cứu về mạch máu niệu quản thì đoạn bể thận niệu quản chỉ có thể nuôi dưỡng niệu quản trong đoạn 10cm tính từ bể thận. Do vậy nếu để niệu quản quá dài sẽ dẫn đến hẹp niệu quản trong ghép. Các tác giả Singapor trong hội nghị thận tiết niệu 2019 đề xuất nếu hẹp NQ ngắn 2-3 cm, hẹp sớm ngay sau rút JJ bị hẹp thì có thể điều trị bằng nong niệu quản dưới màn tăng sáng. Trường hợp nong niệu quản không có kết quả thì nên mổ nối niệu quản thận ghép với niệu quản cũ. Các trường hợp này hẹp niệu quản đoạn xa phải mổ trong nhóm nghiên cứu nguyên nhân gây hẹp do đoạn niệu quản thiếu máu nuôi gây xơ hẹp. Vì can thiệp ngay nên chức năng thận không bị rối loạn. Theo Liselotte S⁹ hẹp NQ ở đoạn giữa và đoạn trên thường do nguyên nhân thiếu máu cục bộ hoặc xơ hóa quanh NQ và có thể cần phải can thiệp phẫu thuật. Sử dụng nội soi nong qua chỗ hẹp và đặt JJ trong lòng NQ có kết quả nhưng sẽ tăng nguy cơ nhiễm trùng khi lưu JJ và dễ tái phát lại trong vòng 1 năm. Nội soi điều trị hẹp NQ cũng có thể được áp dụng nhưng tỷ lệ thất bại cao 70-100%. Đặt JJ NQ và thay định kỳ được lựa chọn khi BN yếu hoặc thất bại trong phẫu thuật. Kinh nghiệm của chúng tôi ban đầu khi hẹp niệu quản thường lựa chọn đặt lại JJ hoặc nong niệu quản dưới màn tăng sáng nhưng kết quả chỉ có 2 trường hợp thành công bằng nong niệu quản và thời gian nong niệu

quản 1 tháng/lần kéo dài 3-4 tháng. Kết thúc quá trình nong lần cuối thường đặt lại JJ xuôi dòng qua màn tăng sáng. 8 bệnh nhân (bảng 1) nong niệu quản và có dẫn lưu thận thì bệnh nhân đái tốt, siêu âm thận hết giãn nhưng khi hết nong và rút JJ thì lại biểu hiện tăng creatinin máu và siêu âm niệu quản bể thận giãn to > 4cm, thậm chí vô niệu ngay lập tức khi rút dẫn lưu hoặc JJ thận ghép (2 bệnh nhân). Sau này chúng tôi khi tiếp nhận những trường hợp hẹp niệu quản thường chụp cắt lớp vi tính xác định vị trí hẹp và mổ ngay không tiến hành nong niệu quản nữa. Chụp cộng hưởng từ thì ít ảnh hưởng đến chức năng thận ghép hơn so với chụp cắt lớp vi tính nhưng hình ảnh hẹp niệu quản, vị trí hẹp lại không được rõ nét như trên film chụp cắt lớp vi tính. Vì vậy chúng tôi ưu tiên chụp cắt lớp vi tính hơn để đánh giá mức độ hẹp, sau khi chụp bệnh nhân được tăng truyền dịch và lợi tiểu để bớt suy thận. Khi tiến hành phẫu thuật chúng tôi nhận thấy gặp nhiều BN hẹp niệu quản có nhận thận phải ghép hố chậu phải (69,7% bảng 2). Thận phải có tĩnh mạch thận ngắn làm cho cực dưới thận không nằm hoàn toàn trong hố chậu, cực dưới cao hơn cực trên do tư thế đặt, niệu quản dài, không được cố định tốt hoặc nằm dưới cực dưới nên gặp khúc và viêm xơ dính cản trở lưu thông nước tiểu lâu dần dẫn đến hẹp niệu quản 1/3 giữa, hoặc đảo cực thận phải dẫn đến dài niệu quản xơ hóa thiếu máu đầu dưới. Một nguyên nhân chúng tôi nhận thấy ở hẹp niệu quản đầu xa là do thiếu máu gây xơ hóa mà không thể điều trị bằng bóng hoặc bằng nội soi laser cắt xơ hẹp. Tất cả các can thiệp đều làm chậm quá trình điều trị làm chức năng thận ghép kém. Chúng tôi có dùng kỹ thuật ICG để đánh giá thiếu máu niệu quản đầu xa nhưng rất khó xác định do tình trạng viêm xơ ở bệnh nhân ghép tăng lên do hẹp niệu quản gây nhiễm khuẩn. Chính vì vậy 4 trường hợp để lâu do xơ hẹp mà can thiệp bằng nong bóng hay đặt JJ đã làm cho niệu quản giãn to từ vị trí nối niệu quản đến tận bể thận. Khi nối niệu quản thận ghép- niệu quản thận cũ cần khâu buộc lại niệu quản hẹp chỗ nối niệu quản bàng quang. Mục đích tránh trào ngược nước tiểu nhiễm khuẩn hoặc niệu quản thận ghép tiếp tục giãn làm cho miệng nối mới (NQ thận ghép - NQ thận cũ) bị ảnh hưởng giãn, rò, nhiễm khuẩn tái phát. Các trường hợp niệu quản thận ghép viêm khi làm lại miệng nối từ NQ cũ thường rất khó do NQ không thể phẫu tích di động hoàn toàn, viêm, giãn mỏng do giãn lâu ngày chúng tôi phải đặt thêm dẫn lưu thận để bảo vệ miệng nối (2 trường hợp). Việc này làm tăng nguy cơ nhiễm

trùng, gây viêm tấy lại vị trí dẫn lưu thận đưa ra da kéo dài thời gian nằm viện, chức năng thận ghép giảm về bình thường phải sau 3 tháng phẫu thuật (bảng 3). Theo dõi các kết quả của các tác giả trên thế giới đều thấy rằng biến chứng tiết niệu (hẹp niệu quản 4%, tỷ lệ rò niệu quản 4%, sỏi thận 1%, trào ngược niệu quản bàng quang 1,6%). Các biến chứng rò hoặc hẹp niệu quản thận ghép tương đương nhau nếu xử lý sớm thì kết quả xa chức năng thận ghép trở về bình thường⁹. Theo Tisserand¹⁰ thông kê trên 145 thận ghép có biến chứng tiết niệu 28,9% trong đó tỷ lệ rò niệu quản 8% tuy vậy nếu điều trị kịp thời thì chức năng thận sớm hồi phục. Các tác giả đều cho rằng cho rằng biến chứng tiết niệu nếu phát hiện và điều trị sớm ít ảnh hưởng đến chức năng thận ghép, tuy nhiên biến chứng mạch máu có ảnh hưởng đến tỷ lệ mất thận ghép rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mổ mở chỉ định cho những trường hợp hẹp dài hoặc đã điều trị bằng nội soi thất bại. Đặt stent niệu quản không phải lúc nào cũng khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả điều trị. Phẫu thuật mổ mở vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho những trường hợp hẹp niệu quản sau ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eufraction P, Parada B, Moreira P** (2011) Surgical complication in 2000 renal transplants. *Transplantation proceedings*, 43, 142-144. doi:10.1016/j.transproceed.2010.12.009

2. **C. Simseka, S.M. Doganb, T. Piskinb, G. Okuta, K. Cayhana, A. Aykasa, E. Tatarc, and A. Uslu.** Should Interventional Radiology or Open Surgery Be the First Choice for the Management of Ureteric Stenosis After Transplantation? Dual-Center Study. *Transplantation Proceedings*, 49, 517-522 (2017)

3. **Brian D. Duty, John M. Barry** (2015) Diagnosis and management of ureteral complications following renal transplantation *Asian Journal of Urology* (2015) 2, 202-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajur.2015.08.002>

4. **Karam G., Héret J.F, Maillet F. et al** (2006). Late Ureteral Stenosis Following Renal Transplantation: Risk Factors and Impact on Patient and Graft Survival. *American Journal of Transplantation* 2006, 6, 352-356.

5. **Nie Z., Zhang K., Huo W. et al** (2009). Comparison of urological complications with primary ureteroureterostomy versus conventional ureteroneocystostomy. *Clinical Transplant*, 2009 John Wiley & Sons

6. **Streeter E.H., Little D.M., Cranston D.W. et al** (2002). The urological complications of renal transplantation: a series of 1535 patients. *BJU International* (2002), 90, 627-634.

7. **Shoskes DA, Hanbury D, Cranston D, et al:** Urological complications in 1,000 consecutive renal transplant recipients. *J Urol* 153:18, 1995.

8. **Prudhomme T, P. Bigot et al.** (2009). Etude de la vascularisation artérielle de l'uretère proximal.

9. **Liselotte S. S. Ooms, Adriaan Moelker, Joke I. Roodnat, Jan N. M. Ijzermans, Mirza M. Idu, Turkan Terkivatan.** Antegrade Balloon Dilatation as a Treatment Option for Posttransplant Ureteral Strictures: Case Series of 50 Patients

10. **Hamouda M., Sharma A., Halawa A.** (2018). Urine Leak After Kidney Transplant: A Review of the Literature. *Başkent University, Experimental and Clinical Transplantation*, 1, 90-95.

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT GAN TRÁI THEO GIẢI PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh¹, Đặng Hoàng Quốc², Trương Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu điều trị ung thư biểu mô đường mật trong gan (UTĐMTG). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt gan trái theo giải phẫu do

ung thư biểu mô đường mật trong gan tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Phẫu thuật được thực hiện cho 19 bệnh nhân. Tuổi trung bình: $56,6 \pm 11,5$ tuổi; tỉ lệ nam/nữ: 0,58/1; tỷ lệ mắc viêm gan B hoặc C hoặc đồng nhiễm viêm gan B, C là 26,3%. CA 19 – 9 tăng trong 42,1% trường hợp và CEA tăng trong 10,5% trường hợp. Trên phim chụp cắt lớp vi tính, số bệnh nhân có 1 khối u chiếm 89,5%, kích thước u > 5cm chiếm 21,1%. Tất cả các bệnh nhân đều được vét hạch cổng gan, hạch sau đầu tụy và hạch dọc động mạch gan chung. Thời gian phẫu thuật trung bình: $158 \pm 54,4$ phút. Không có bệnh nhân nào xuất hiện biến chứng sau mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ: đa số ở giai đoạn IIIB (47,4%), nhân vệt tinh (21%), xâm

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024