

Khuynh hướng ghép thận bên phải tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Tendency to kidney transplant on the right side of Cho Ray Hospital

Dư Thị Ngọc Thu, Trần Ngọc Sinh

Bệnh viện Chợ Rẫy

Tóm tắt

Mục tiêu: Trong báo cáo này, chúng tôi mong muốn giới thiệu một kỹ thuật ghép thận từ người hiến sống vào hốc chậu phải của người nhận. Kỹ thuật này có tên gọi là kỹ thuật chuyển vị mạch máu. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu tiến cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho tất cả các bệnh nhân đến ghép thận từ 1998 - 2011 và theo dõi lâu dài sau ghép cho đến 2016. *Kết quả:* Có 201 trường hợp, 130 nam (64,7%) và 71 nữ (35,3%). Tuổi trung bình $33,56 \pm 8,62$ tuổi (nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 61 tuổi). Chúng tôi chia thành 2 nhóm (tại bàn rửa thận và bàn mổ ghép): Nhóm A: 63/201 trường hợp (31,34%) thận với chiều dài tĩnh mạch thận ngắn ($\leq 20\text{mm}$) được ghép vào hốc chậu bên phải. Trong đó, 13/63 trường hợp (20,63%) là thận trái, và 50/63 trường hợp (79,37%) là thận bên phải. Tĩnh mạch thận được phẫu tích để làm dài $\pm$ chuyển vị tĩnh mạch thận. Tại vùng hốc chậu phải người bệnh với đường mổ Gibson, phẫu tích bó mạch chậu, di chuyển tĩnh mạch chậu ngoài về bên phải của động mạch chậu ngoài và khâu nối tận bên với tĩnh mạch thận. Động mạch thận thì khâu nối thường quy. Nhóm B: Thận ghép với tĩnh mạch thận đủ dài ($> 20\text{mm}$), cũng được ghép vào hốc chậu P của người bệnh: 138/201 trường hợp (68,66%), tất cả đều là thận trái. Kỹ thuật ghép sẽ như thường quy. Siêu âm Doppler được sử dụng để theo dõi tưới máu thận sau ghép. Không phát hiện các biến chứng ngoại khoa có liên quan đến kỹ thuật ghép. Thời gian theo dõi trung bình nhóm A: $8,0 \pm 3,44$ năm, nhóm B: $8,79 \pm 4,07$ năm. *Kết luận:* Qua theo dõi lâu dài kỹ thuật chuyển vị mạch máu cho thận ghép có tĩnh mạch ngắn, ghép vào hốc chậu phải đạt kết quả tốt, có thể tránh được biến chứng của các kỹ thuật tạo hình mạch máu.

Summary

Objective: In this clinical serial, we would like to introduce a surgical technique for kidney transplantation (KTx) from living donor (LD) to right iliac fossa of recipient; we call the vessel disposition technique (VDT). **Subject and method:** A prospective study at Cho Ray Hospital. The patients underwent the KTx from 1998 - 2011 and following-up until 2016. **Result:** There were 201pts., 130 males (64.7%) and 71 females (35.3%). Average age is 33.56 ± 8.62 year old (yo), (15 to 61yo). We divided it into two groups (at the back table and recipient surgical table): Group A: The Kidney graft (KG) with short vein ($\leq 20\text{mm}$) was transplanted on right iliac fossa: 63/201pts. (31.34%), 13/63 from the left (20.63%) and 50/63 from the right (79.37%): The renal vein was dissected, liberated and prolonged; for the right KG, a renal VDT would be done. On the pts., right Gibson incision, made an iliac VDT: Dissection of the right iliac vessels (RIV), moved the external iliac vein (IV) to the right side of the external iliac artery; and a termino-lateral venous anastomosis. The renal artery anastomosis would be done as usual. Group B: The KG with the long vein enough ($> 20\text{mm}$) was also transplanted on RIF: 138/201pts (68.66%). Usually, the KG is the left, the KTx was performing as usual, vascular postoperative follow-up by Doppler ultrasound. There wasn't any surgical vascular complication during the average FU of: 8.0 ± 3.44 years (group A) and 8.79 ± 4.07 years (group B). **Conclusion:** During the long time follow-up on the serial, the VDT was satisfactory. The KTx from LD was safety for the short KG vein and we could perform on the right side of the pts for the left and the right KG. We could avoid other risky venous reconstructive techniques. **Keywords:** Vascular reconstruction in kidney transplantation, kidney transplantation techniques, vessel disposition technique, transposition of iliac vessels, renal vein extension, laparoscopic living-donor nephrectomy.