

**NỐI NIỆU QUẢN THẬN GHÉP VỚI NIỆU QUẢN TỰ NHIÊN
Ở NGƯỜI NHẬN THẬN CÓ BÀNG QUANG TEO DO KHÔNG SỬ DỤNG:
BÁO CÁO CA LÂM SÀNG**

Hoàng Thị Diễm¹, Đỗ Ngọc Sơn¹, Nguyễn Thế Cường^{1}*

Tóm tắt

Bệnh nhân (BN) chạy thận nhân tạo lâu năm thường có bàng quang teo do không sử dụng; điều này gây thách thức lớn đối với tái tạo đường niệu trong ghép thận. Chúng tôi báo cáo trường hợp đầu tiên được phẫu thuật nối niệu quản thận ghép với niệu quản tự nhiên ở người nhận có bàng quang teo do không sử dụng với dung tích bàng quang là 30mL. Kết quả sau 29 tháng theo dõi, chức năng thận ổn định, bàng quang giãn nở tốt với dung tích > 290mL, thận ghép thấy giãn nhẹ đài bể thận (6 - 9mm), tuy nhiên không cần can thiệp và không gây ứ nước thận tự nhiên. Cân nhắc chỉ định nối niệu quản với niệu quản ở những BN có bàng quang teo do không sử dụng để mở rộng cơ hội cho nhiều BN lọc máu kéo dài có thể ghép thận.

Từ khóa: Nối niệu quản với niệu quản; Ghép thận; Bàng quang teo do không sử dụng.

**URETEROURETEROSTOMY OF THE TRANSPLANTED KIDNEY TO
THE NATIVE URETER IN A RECIPIENT WITH
DISUSED ATROPHIC BLADDER: A CLINICAL CASE REPORT**

Abstract

Patients on long-term hemodialysis often have a disused atrophic bladder, which poses a significant challenge for the reconstruction of the urinary pathway in kidney transplantation. We report the first case at our center in which a recipient with a disused atrophic bladder (capacity 30mL) underwent uretero-ureteral anastomosis.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thế Cường (cuongicu@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 10/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si3.1558>

After 29 months of follow-up, graft function remained stable, the bladder showed good capacity expansion > 290mL, and only mild pelvicalyceal dilatation of the graft kidney (6 - 9mm) was observed, without intervention or hydronephrosis of the native kidney. Uretero-ureteral anastomosis should be considered in patients with a disused atrophic bladder to expand kidney transplantation opportunities for long-term dialysis patients.

Keywords: Uretero-ureteral anastomosis; Kidney transplant; Disused atrophic bladder.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là biện pháp điều trị tối ưu cho BN mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối, với tỷ lệ tử vong giảm và nguy cơ mắc các biến cố tim mạch thấp hơn, cùng với chất lượng cuộc sống vượt trội đáng kể ở BN ghép thận so với lọc máu [1]. Tuy nhiên, sự thiếu hụt về thận hiến khiến cho nhiều BN phải lọc máu nhiều năm, tình trạng thiếu niệu, vô niệu kéo dài dẫn đến bàng quang teo do không sử dụng, đây là một thách thức lớn trong tái tạo đường niệu trong ghép thận. Nối niệu quản thận ghép với niệu quản tự nhiên của người nhận có thể được thực hiện an toàn và là lựa chọn phẫu thuật, đặc biệt đối với những người nhận có bàng quang teo do không sử dụng. Nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Cung cấp giải pháp kỹ thuật phù hợp cho*

người nhận thận ghép có bàng quang teo do không sử dụng, đặc biệt ở những người đã lọc máu nhiều năm trước ghép, ngoài ra, đưa ra lưu ý cần hoàn thiện quy trình đánh giá trước ghép cho người nhận.

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

BN nam, 50 tuổi, mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối, nhập viện tháng 3/2023 để chờ ghép thận từ người cho chết não. BN có tiền sử chạy thận nhân tạo chu kỳ 22 năm từ ngay khi phát hiện bệnh thận mạn. Cường cận giáp thứ phát đã phẫu thuật cắt 3/4 tuyến cận giáp năm 2015, truyền máu 1 lần khi bắt đầu chạy thận. BN có thể trạng tốt với chiều cao 170cm, nặng 65kg (BMI 22,5 kg/m²) với tình trạng tim mạch và mạch máu vùng chậu còn tốt, tuy nhiên, do tình trạng vô niệu kéo dài nên bàng quang

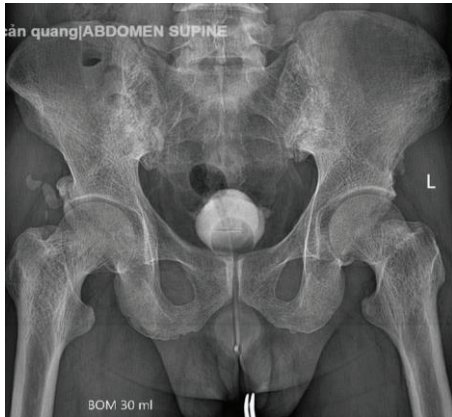
CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC GHÉP TẠNG TOÀN QUỐC LẦN THỨ X

teo nhỏ với dung tích bàng quang là 30mL, không có phụt ngược bàng quang - niệu quản. Ngày 07/3/2023, BN được ghép thận từ người cho chết não cùng nhóm máu A, Rh dương tính, hòa hợp HLA 1/6 (DRB1), tiền miễn cảm (PRA) dương tính lớp II 3% (DP27), độ chéo bằng phương pháp vi độc tế bào âm tính, phác đồ thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập Basiliximab cùng với Steroid, Tacrolimus và Acid Mycophenolic (ES-MC). Phẫu thuật thì nối mạch tương đối thuận lợi với thận hiến có một động mạch và một tĩnh mạch, sau khi tái tưới máu có nước tiểu ngay. Tuy nhiên, đến thì tái tạo đường niệu, chúng tôi kiểm tra bàng quang của người nhận thấy bàng quang nhỏ, thành dày, xơ, dễ chảy máu, vì vậy không thể tiến hành cắm niệu quản - bàng quang theo phương pháp thường quy. Do đó, chúng tôi đã tiến hành bộc lộ niệu quản phải của người nhận, thắt đầu trên niệu quản, nối niệu quản thận ghép với niệu quản tự nhiên, đặt JJ bể thận - bàng quang và đóng bụng theo lớp giải phẫu. Sau phẫu thuật, huyết động ổn định, nước tiểu 100 - 200 mL/giờ, chức năng thận cải thiện dần, BN được ra viện sau 3 tuần

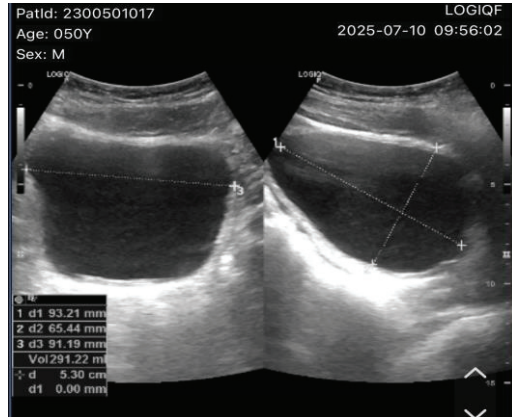
với nồng độ Creatinine huyết thanh là 123 umol/L.

Sau ghép 1 tháng, BN có 1 đợt nhập viện vì sốt, tiểu buốt, dắt khi chưa rút sonde JJ, cấy nước tiểu không mọc vi khuẩn và BN được điều trị 14 ngày kháng sinh Ceftriaxone ổn định. Sau ghép 2 tháng, BN được rút sonde JJ thận ghép, sau rút JJ BN chưa phải vào viện lại lần nào vì nhiễm khuẩn tiết niệu. BN không bị rò nước tiểu và hẹp niệu quản. Tháng 10/2024, BN nhập viện vì creatinine tăng 160 umol/L, tải lượng virus BK trong máu $2,23 \times 10^4$ IU/mL, được chẩn đoán bệnh thận do BK virus qua sinh thiết thận ghép, sau đó BN được điều chỉnh giảm liều thuốc ức chế miễn dịch.

Hiện tại, chức năng thận của BN ổn định với nồng độ creatinine huyết thanh 100 - 110 umol/L, không phát hiện virus BK trong máu, đài bể thận thận ghép giãn nhẹ (6 - 9mm), đài bể thận thận phải không giãn, chất lượng cuộc sống được cải thiện với số lần đi tiểu từ 8 - 9 lần/ngày, BN không phải dậy đêm để đi tiểu và dung tích bàng quang trên siêu âm là 291mL.

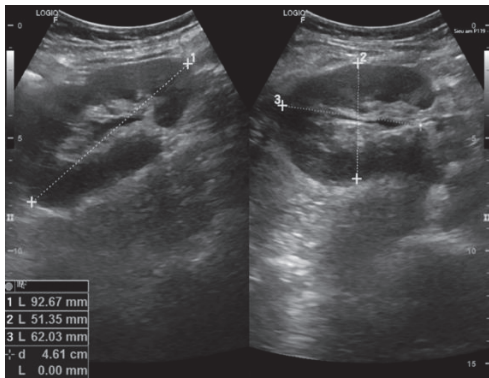


A. Hình ảnh X-quang đo dung tích bàng quang trước ghép

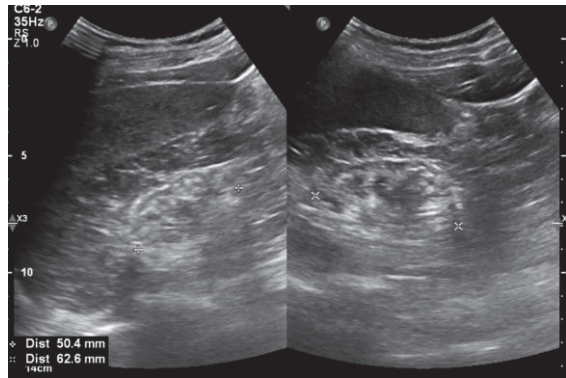


B. Hình ảnh siêu âm đo dung tích bàng quang sau ghép

Hình 1. Dung tích bàng quang của người nhận trước và sau ghép.

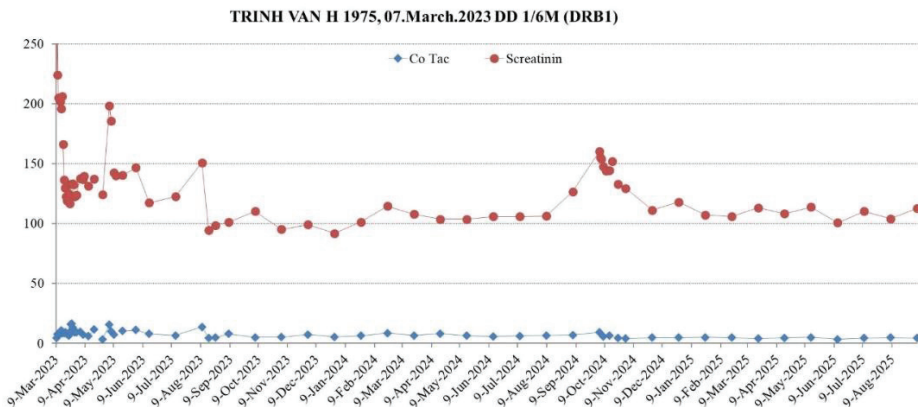


A. Thận ghép



B. Thận tự nhiên bên phải người nhận

Hình 2. Hình ảnh thận ghép và thận tự nhiên bên phải.



Biểu đồ 1. Diễn biến nồng độ Tacrolimus và Creatinine huyết thanh sau ghép.

BÀN LUẬN

Thời gian lọc máu kéo dài dẫn đến nhiều biến chứng về tim mạch, chuyển hóa, bệnh ác tính, bàng quang teo do không sử dụng và gây ra những tác động tiêu cực đến tiên lượng sau ghép [2]. Bên cạnh tình trạng thải ghép cấp tính và các biến chứng mạch máu, các biến chứng niệu quản như rò rỉ nước tiểu tại vị trí cắm niệu quản - bàng quang và tắc nghẽn niệu quản có thể xảy ra, đặc biệt trong 3 tháng đầu sau ghép thận. Bàng quang teo do không sử dụng gây khó khăn về mặt kỹ thuật trong việc ghép nối niệu quản bằng phương pháp thông thường, các biến chứng như rò rỉ nước tiểu, hoại tử niệu quản hoặc hẹp niệu quản thường được ghi nhận với tỷ lệ mắc cao, cũng như tiềm ẩn các nguy cơ trào ngược và nhiễm trùng [3]. Tác giả Wu YJ và CS so sánh biến chứng tiết niệu ở 41 BN lọc máu > 10 năm vô niệu kéo dài so với 31 BN ghép thận đón đầu cho thấy những người được ghép thận bị vô niệu trong thời gian dài có tỷ lệ nhiễm trùng đường tiết niệu phức tạp cao hơn, nhưng nguy cơ biến chứng tiết niệu lâu dài không khác biệt đáng kể ($p = 0,503$) [4]. Vì vậy, việc đánh giá nguy cơ của người nhận thận cần được cá thể hóa và áp dụng các kỹ thuật phù hợp là cần thiết để họ có cơ hội được ghép thận.

Trong ghép thận, cắm niệu quản - bàng quang là phương pháp tái thông đường niệu phổ biến trong ghép thận, dễ dàng thực hiện nếu bàng quang có dung tích bình thường. Nối niệu quản với niệu quản là kỹ thuật phẫu thuật nối niệu quản của người hiến với niệu quản tự nhiên của người nhận, dành riêng cho các chỉ định cụ thể như bàng quang không phù hợp để cắm niệu quản - bàng quang (bàng quang nhỏ, xơ hóa, phẫu thuật sửa chữa, tạo hình bàng quang trước đó, phẫu thuật vùng chậu trước đó, ghép thận nhi với bàng quang nhỏ, thành bàng quang mỏng); niệu quản của thận cho quá ngắn. Nối niệu quản với niệu quản có thể được sử dụng để giải quyết các biến chứng niệu quản như rò rỉ hoặc hẹp, như một phương pháp tái tạo chính hoặc như một thủ thuật thứ phát sau khi phẫu thuật cắt bỏ niệu quản do cắm niệu quản - bàng quang thất bại. Trong trường hợp thận tự nhiên của người nhận vẫn còn hoạt động, nối niệu quản với niệu quản có thể là một lựa chọn khả thi, đặc biệt khi mong muốn nối không căng. Tỷ lệ biến chứng của nối niệu quản với niệu quản được báo cáo từ 1,9 - 12,6%, tương đương với tỷ lệ biến chứng của cắm niệu quản - bàng quang ngoài bàng quang (từ 2 - 12%), thường gặp nhiễm trùng tiết niệu, tắc

ngheñ niệu quản, rò nước tiểu, trào ngược bàng quang - niệu quản. Kinh nghiệm tại một trung tâm ghép của Ấn Độ được tác giả Vipin Tyagi và CS báo cáo tiến hành nối niệu quản với niệu quản ở 32/1.050 BN do các chỉ định khác nhau được dự kiến trước phẫu thuật (20 BN) và quyết định trong phẫu thuật (12 BN); trong đó, 1 BN gặp biến chứng tiết niệu sau khi rút JJ, BN ghép thận lần thứ ba có gấp khúc tại vị trí nối niệu quản - niệu quản, được xử trí bằng cách thay JJ định kỳ, 2 BN bị nhiễm trùng đường tiết niệu và 3 BN bị hoại tử ống thận cấp được điều trị bảo tồn, không có BN nào bị rò niệu quản hoặc hoại tử niệu quản [5].

Một số BN có bàng quang teo do không sử dụng đã được tiến hành phẫu thuật nối niệu quản thận ghép với niệu quản tự nhiên và được theo dõi dài hạn ghi nhận các kết quả khả quan. Tác giả H Sasaki và CS đánh giá trên 9 BN lọc máu > 10 năm, bàng quang < 30mL đã được nối niệu quản với niệu quản cho thấy chức năng thận ghép tốt ở tất cả các BN, không có BN nào gặp biến chứng đường tiết niệu bao gồm ứ nước thận tại vị trí ghép, rò nước tiểu hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu trong thời gian theo dõi ($757,6 \pm 491,3$ ngày), ở 2/4 BN được thất niệu quản, tình trạng ứ nước

thận đã phát triển ở thận tự nhiên mà không cần điều trị thêm [6]. Đánh giá trên cỡ mẫu lớn hơn (39/833 BN) được nối niệu quản với niệu quản do bàng quang teo, tác giả V Turunç và CS cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về các biến chứng phẫu thuật và sau phẫu thuật, nhiễm trùng tiết niệu sau ghép và chức năng ghép [7].

Trong nghiên cứu của D Thillou và CS trên nhóm BN ghép thận đón đầu nhằm xác định kỹ thuật tái tạo đường tiết niệu tốt nhất trong ghép thận đã tiến hành nối niệu quản với niệu quản tận - bên (48 BN) và tận - tận (58 BN), theo dõi trung bình trong 37,5 tháng (17,3 - 57,5 tháng), cho thấy tỷ lệ biến chứng chung là 16%, không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm, đáng chú ý, tỷ lệ rò niệu quản và hẹp niệu quản cực kỳ thấp ở cả hai nhóm; có 1 trường hợp hẹp niệu quản ở mỗi nhóm, không có BN nào trong nhóm nối tận - bên có biểu hiện rò niệu quản, trong khi trường hợp này xảy ra ở 1 BN trong nhóm tận - tận (1,7%) [8].

BN trong nghiên cứu mặc dù đã chạy thận nhân tạo 22 năm nhưng toàn trạng và tim mạch còn tốt, nguy cơ miễn dịch không cao, bàng quang teo nhỏ do không có nước tiểu là rào cản lớn về kỹ thuật tái tạo đường niệu trong ghép

thận. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, ghép thận từ người hiến chết não đã trở thành thường quy, cấm niệu quản - bàng quang ở 82 BN ghép thận từ người hiến chết não thuận lợi như với người cho sống, biến chứng thấp với dung tích bàng quang người nhận nhỏ nhất là 40mL [9]. Đây là trường hợp đầu tiên được nối niệu quản với niệu quản được quyết định trong phẫu thuật do bàng quang teo do không sử dụng với dung tích 30mL, thành dày, xơ, dễ chảy máu. Đối với các trường hợp có thể cấm niệu quản - bàng quang thuận lợi, chúng tôi vẫn ưu tiên để dành niệu quản tự nhiên sử dụng khi có biến chứng niệu quản hoặc ghép thận những lần tiếp theo. Sau 29 tháng theo dõi, BN duy trì tốt về chức năng thận, giãn đài bể thận thận ghép mức độ nhẹ chưa cần can thiệp và thận tự nhiên bên phải không bị ứ nước, bàng quang giãn nở tốt sau khi có nước tiểu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Chúng tôi theo dõi dung tích bàng quang siêu âm nhằm hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng cho BN.

KẾT LUẬN

Đây là BN ghép thận đầu tiên được tái tạo đường niệu bằng phương pháp nối niệu quản thận ghép với niệu quản tự nhiên vì bàng quang teo do không sử

dụng, không gặp biến chứng hẹp niệu quản hay rò nước tiểu. Sau 29 tháng theo dõi, chức năng thận ghép ổn định, bàng quang giãn nở tốt. Đây là lựa chọn kỹ thuật có thể cân nhắc chỉ định khi tiên lượng bàng quang teo, khó thực hiện kỹ thuật cấm niệu quản vào bàng quang. Đánh giá kỹ đường tiết niệu của người nhận trước ghép là bước quan trọng, cần thiết để lựa chọn kỹ thuật phù hợp khi ghép thận.

Đạo đức nghiên cứu: Trường hợp báo cáo được thực hiện hồi cứu trên bệnh án và không vì bất kỳ mục đích nào khác ngoài khoa học. Các dữ liệu lâm sàng của người bệnh được trích xuất và báo cáo theo đúng quy định thực hành của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M Tonelli, N Wiebe, G Knoll, et al. Systematic review: Kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. *American Journal of Transplantation*. 2011; 11(10):2093-2109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2011.03686.x>.

2. H Ushigome, K Sakai, T Suzuki, et al. Kidney transplantation for patients on long-term hemodialysis. *Transplant Proc.* 2008; 40:2297-2298. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2008.06.019>
3. K Hotta, M Miura, Y Wada, et al. Atrophic bladder in long-term dialysis patients increases the risk for urological complications after kidney transplantation. *Int J Urol.* 2017; 24:314-319. <https://doi.org/10.1111/iju.13297>.
4. Wu YJ, et al. Urological complications of renal transplant in patients with prolonged anuria. *Transplantation.* 2008 Nov 15; 86(9):1196-1198. <https://doi:10.1097/TP.0b013e318187bd37>.
5. Vipin Tyagi, et al. Native ureteroureterostomy in renal allograft recipient surgery: A single-center 5-year experience. *Indian J Urol.* 2019 Jul-Sep; 35(3):218-221. DOI: 10.4103/iju.IJU_20_18.
6. H Sasaki, Y Sato, E Matsuhashi, et al. Urinary tract reconstruction using uretero-ureteral end-to-side anastomosis in kidney transplant recipients. *Transplant Proc.* 2015 Mar; 47(2):359-362. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.12.016>.
7. V Turunç, A Eroğlu, B Tabandeh, et al. *Transplant Proc.* 2017 Apr; 49(3):528-531. <https://doi:10.1016/j.transproceed.2017.01.041>.
8. D Thillou, MO Timsit, F Panthier, et al. End-to-side versus end-to-end uretero-ureteral anastomosis in preemptive kidney transplantation from living donors: A monocentric experience. *Prog Urol.* 2023 Mar; 33(3):118-124. <https://doi:10.1016/j.purol.2023.01.003>.
9. Lê Nguyên Vũ, Trần Minh Tuấn. Kết quả phẫu thuật cầm niệu quản bàng quang ở BN ghép thận từ người cho chết não. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 358-362.