

Biến chứng đường mật sau lấy mảnh ghép gan phải trong ghép gan từ người hiến sống

Biliary complications after a right lobe in living donor liver transplantation

Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá biến chứng đường mật sau lấy mảnh ghép gan phải trong ghép gan từ người hiến sống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 148 trường hợp hiến gan đã được phẫu thuật lấy mảnh ghép gan phải, từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2022, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Giải phẫu đường mật cho thấy: Típ I gặp chủ yếu với 126 (85,14%) trường hợp; típ II: 8 (5,41%) trường hợp; típ III: 11 (7,44%) trường hợp và típ IV: 3 (2,03%) trường hợp. 7 (4,73%) trường hợp bị biến chứng đường mật và đều thuộc típ I; trong đó, 5 (3,38%) trường hợp rò mật, tất cả đều được đặt dẫn lưu ổ bụng, 4 trường hợp thành công, 1 trường hợp dẫn lưu không hiệu quả gây viêm phúc mạc khu trú, phải mổ lại; 2 (1,35%) trường hợp hẹp đường mật được can thiệp đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng thành công. Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo, độ IIIa gặp 6 (4,05%) trường hợp, độ IIIb gặp 1 (0,68%) trường hợp. Không có trường hợp nào tử vong ở người hiến gan. **Kết luận:** Biến chứng đường mật thường gặp nhất sau lấy mảnh ghép gan phải trong ghép gan từ người hiến sống và đều được điều trị thành công bằng phương pháp dẫn lưu hoặc nội soi mật tụy ngược dòng.

Từ khóa: Cắt gan phải ở người hiến gan, ghép gan từ người hiến sống, biến chứng đường mật.

Summary

Objective: To evaluate biliary complications post-operative right hepatectomy in living donor liver transplantation. **Subject and method:** A retrospective study of 148 cases of donors who underwent right hepatectomy from October 2017 to October 2022 at 108 Military Central Hospital. **Result:** Biliary anatomical variation: Type I was the most common type with 126 (85.14%) cases; type II: 8 (5.41%) cases; type III: 11 (7.44%) cases; type IV 3 (2.03%) cases. All the 7 cases having biliary complications were in type 1 group: 5 (3.38%) cases of biliary leakage treated with drainage, 4 of which was successful and 1 was unsuccessful and needed reoperation; 02 (1.35%) cases had biliary stenosis treated with stent placement via endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Based on Clavien-Dindo classification for complications, level IIIa was witnessed in 6 (4.05%) cases, IIIb in 1 (0.68%) case. No cases of mortality in the donors of our study. **Conclusion:** Biliary complications is the most common challenge post-operative right hepatectomy in living donor liver transplantation and can be successfully treated with drainage or ERCP.

Keywords: Donor right hepatectomy, living donor liver transplantation, biliary complications.

Ngày nhận bài: 10/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 25/3/2023

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Ghép gan từ người hiến sống ở người lớn lần đầu tiên được thực hiện tại Nhật Bản năm 1994 [1]; kể từ đó đến nay, kỹ thuật này ngày càng được áp dụng rộng rãi, đặc biệt tại các nước châu Á do sự thiếu hụt người hiến chết não.

Sự an toàn của người hiến luôn được đặt lên hàng đầu. Tỷ lệ biến chứng sau khi hiến gan phải từ 0% đến 67%, tỷ lệ tử vong khoảng 0,2% đến 0,5% [2]. Các biến chứng về đường mật thường gặp nhất ở người hiến trong ghép gan từ người hiến sống. Các nghiên cứu gần đây cho thấy: 6% đến 9% người hiến gan gặp biến chứng đường mật và thường gặp ở gan phải hơn so với gan trái [3], [4]. Hầu hết các biến chứng về đường mật nhẹ hoặc thoáng qua, một số cần điều trị bằng can thiệp nội soi, qua da hoặc phẫu thuật và thậm chí phải nhập viện dài hạn.

Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều báo cáo phân tích các biến chứng về đường mật của người hiến gan. Tuy nhiên, tại Việt Nam do số lượng ghép gan từ người hiến sống còn ít, vì vậy chưa có báo cáo nào tổng kết biến chứng này. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu: *Đánh giá biến chứng đường mật sau lấy mảnh ghép gan phải trong ghép gan từ người hiến sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các trường hợp đã được phẫu thuật lấy mảnh ghép gan phải trong ghép gan từ người hiến sống, từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2022, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu mô tả.

Định nghĩa và các chỉ tiêu nghiên cứu

Rò mật sau cắt gan được định nghĩa là nồng độ bilirubin dịch dẫn lưu cao gấp 3 lần so với trong máu ở ngày thứ 3 sau mổ hoặc thấy rò mật qua chụp đường mật hoặc viêm phúc mạc mật khi mổ. Mức độ nghiêm trọng được đánh giá bằng cách sử dụng hệ thống phân loại Clavien-Dindo.

Độ I: Bệnh nhân không có biến chứng phải can thiệp hoặc thay đổi thuốc điều trị.

Độ II: Bệnh nhân có biến chứng cần phải thay đổi thuốc điều trị bao gồm cả kháng sinh, truyền máu và dinh dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch.

Độ III: Bệnh nhân có biến chứng can thiệp dưới điện quang, nội soi hoặc cần phẫu thuật lại.

IIIa: Can thiệp không cần gây mê toàn thân.

IIIb: Can thiệp cần gây mê toàn thân.

Độ IV: Biến chứng đe dọa đến tính mạng như: xuất huyết não, đột quỵ do thiếu máu não cục bộ thoáng qua... phải nằm điều trị lâu dài tại khoa điều trị tích cực.

IVa: Suy 1 tạng (bao gồm cả lọc máu).

IVb: Suy đa tạng.

Độ V: Bệnh nhân tử vong.

Hẹp đường mật được chẩn đoán bằng chụp đường mật ngược dòng qua nội soi hoặc chụp cộng hưởng từ.

Giải phẫu của đường mật phân loại theo Varotti [5]:

Loại 1: Ống gan chung chia thành ống gan phải và trái (bình thường).

Loại 2: Ống gan phải ngắn, chia đôi thành ống gan phải và ống gan trái sớm ngay sát ngã 3.

Loại 3a: Ống gan phân thùy trước tách từ ống gan trái.

Loại 3b: Ống gan phân thùy sau tách từ ống gan trái.

Loại 4a: Ống gan phân thùy trước tách từ ống gan chung.

Loại 4b: Ống gan phân thùy sau tách từ ống gan chung.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: Giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể của người hiến, GOT, GPT, GGT, bilirubin toàn phần, giải phẫu của đường mật, thể tích gan còn lại, số ống mật ở gan phải, truyền khối hồng cầu trong phẫu thuật, thể tích gan còn lại (gan trái); và thời gian phẫu thuật của người hiến gan.

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu mô tả được thể hiện dưới dạng trung bình (phạm vi) hoặc tỷ lệ. Các biến dự đoán liên quan đến biến chứng đường mật được đánh giá bằng phân tích hồi quy logistic. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 26.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm người hiến trước mổ

Bảng 1. Đặc điểm người hiến trước mổ

Đặc điểm	Toàn bộ người hiến (n = 148)	Người hiến không biến chứng (n = 141)	Người hiến bị biến chứng đường mật (n = 7)	P
Tuổi (năm)	30,82 ± 7,24 (18-54)	30,87 ± 7,29 (18-54)	30,0 ± 6,71 (21-40)	0,759
Giới, n (%)				
Nam	115 (77,7)	112 (79,4)	3 (42,9)	0,023
Nữ	33 (22,3)	29 (20,6)	4 (57,1)	
BMI (kg/m ²)	22,51 ± 2,51 (16,33-29,34)	22,53 ± 2,55 (16,33-29,34)	21,99 ± 1,74 (19,84-25,14)	0,577
GOT (U/l)	23,75 ± 8,90 (11-70)	24,01 ± 8,96 (11-70)	185 ± 5,95 (13-28,8)	0,110
GPT (U/l)	28,22 ± 19,97 (6-181)	28,83 ± 20,20 (7,3-181)	15,79 ± 7,55 (6-26)	0,092
GGT (U/l)	39,25 ± 34,76 (9-233,3)	39,98 ± 35,32 (9,2-233,3)	24,4 ± 15,08 (9-49)	0,248
Bilirubin toàn phần (μmol/l)	11,69 ± 4,32 (3,2-26,9)	11,60 ± 4,12 (3,2-26,9)	13,35 ± 7,58 (6,0-24,9)	0,297
Giải phẫu đường mật, n (%):				
Týp I	126 (85,14)	119 (84,40)	7 (100)	0,257
Týp II	8 (5,41)	8 (5,67)		
Týp IIIa	3 (2,03)	3 (2,13)		
Týp IIIb	8 (5,41)	8 (5,67)		
Týp IVa	1 (0,68)	1 (0,71)		
Týp IVb	2 (1,35)	2 (1,42)		
Thể tích gan còn lại	37,87 ± 4,27 (30,67-59,33)	37,94 ± 4,35 (30,67-59,33)	36,41 ± 1,50 (33,82-37,92)	0,357

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình người hiến gan là 30,82 ± 7,24 tuổi, nam chiếm đa số với 77,7%, BMI trung bình: 22,51 ± 2,51kg/m²; giải phẫu đường mật: Týp I chiếm đa số với 85,14%; biến chứng đường mật gặp 7 trường hợp đều thuộc týp I.

3.2. Đặc điểm người hiến gan trong mổ

Bảng 2. Đặc điểm người hiến gan trong mổ

Đặc điểm người hiến	Toàn bộ người hiến (n = 148)	Người hiến không biến chứng (n = 141)	Người hiến bị biến chứng đường mật (n = 7)	P
Loại mảnh ghép:				
Gan phải kèm tĩnh mạch gan giữa	79 (53,38)	76 (53,90)	3 (42,86)	0,568
Gan phải không kèm TM gan giữa	69 (46,62)	65 (46,10)	4 (57,14)	

Đặc điểm người hiến	Toàn bộ người hiến (n = 148)	Người hiến không biến chứng (n = 141)	Người hiến bị biến chứng đường mật (n = 7)	P
Số lượng ống mật mảnh ghép sau cắt đường mật:				
1	101 (68,24)	96 (68,08)	5 (71,43)	0,853
2	46 (31,08)	44 (31,21)	2 (28,57)	0,883
3	1 (0,68)	1 (0,71)	0	0,823
Số BN cần truyền máu, n (%)	8 (5,41)	8 (5,67)	0	0,517
Thời gian phẫu thuật (phút)	278,82 ± 50,18 (185-423)	277,70 ± 50,40 (185-423)	301,43 ± 42,32 (252-370)	0,223
Trọng lượng mảnh ghép (g)	656,11 ± 108,06 (320-929)	660,04 ± 106,04 (320-929)	576,86 ± 126,46 (421-735)	0,046

Nhận xét: Mảnh ghép gan phải kèm theo tĩnh mạch gan giữa chiếm 53,38%; ở nhóm bị biến chứng đường mật: Số lượng ống mật chủ yếu gặp 1 ống với 5 trường hợp, không có trường hợp nào cần truyền máu trong mổ, thời gian phẫu thuật trung bình 301,43 ± 42,32 phút, trọng lượng mảnh ghép trung bình: 576,86 ± 126,46g.

3.3. Đặc điểm biến chứng đường mật ở người hiến

Bảng 3. Đặc điểm biến chứng đường mật ở người hiến gan

Đặc điểm	Giá trị
Rò mật, n (%):	
Số bệnh nhân	5 (3,38)
Đặt dẫn lưu	5 (100)
Mổ lại	1 (0,68)
Hẹp đường mật, n (%):	
Số bệnh nhân	2 (1,35)
Đặt stent đường mật qua ERCP	2 (100)
Phân loại mức độ rò mật, n (%):	
B (can thiệp)	4 (2,70)
C (mổ lại)	1 (0,68)
Phân loại biến chứng đường mật theo Clavien-Dindo, n (%):	
IIIa	6 (4,05)
IIIb	1 (0,68)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	20,43 ± 12,50 (10-47)

Nhận xét: Thống kê cho thấy có 5 (3,38%) trường hợp bị rò mật và đều được đặt dẫn lưu trong đó có 4 trường hợp thành công còn 1 trường hợp dẫn lưu không công phải mổ lại lau rửa dẫn lưu ổ bụng; 2 (1,35%) trường hợp hẹp đường mật cần can thiệp nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent đường mật.

4. Bàn luận

Ghép gan từ người hiến sống với mảnh ghép gan phải là kỹ thuật phổ biến nhất hiện nay trong ghép gan người lớn điều trị cho các bệnh nhân xơ gan giai đoạn cuối, suy gan cấp, ung thư gan... Sự an toàn người hiến luôn được đặt lên hàng đầu, tuy

nhiên tỷ lệ biến chứng liên quan đến phẫu thuật theo các báo cáo khoảng từ 0-67%, trong đó biến chứng đường mật thường gặp nhất từ 6-9%. Mặc dù phần lớn các biến chứng ở mức độ nhẹ, nhưng vẫn có một tỷ lệ đáng kể là các biến chứng nặng và nguy hiểm đến tính mạng người hiến. Tỷ lệ tử vong khoảng 0,2-0,5% [3], [4].

Nghiên cứu qua 148 trường hợp hiến gan cho thấy: Tuổi trung bình người hiến gan là $30,82 \pm 7,24$ tuổi, nam chiếm đa số với 77,7%, BMI trung bình: $22,51 \pm 2,51 \text{ kg/m}^2$, thời gian phẫu thuật trung bình: $301,43 \pm 42,32$ phút, thể tích gan trái còn lại $37,87 \pm 4,27$ %. Về giải phẫu đường mật tít I gặp chủ yếu với 126 (85,14%) trường hợp; tít II: 8 (5,41%) trường hợp; tít III: 11 (7,44%) trường hợp và tít IV: 3 (2,03%) trường hợp. 7 (4,73%) trường hợp bị biến chứng đường mật và đều thuộc tít I; trong đó, 5 trường hợp được chẩn đoán rò mật và 2 trường hợp hẹp đường mật.

Nghiên cứu của tác giả Woo và cộng sự [8]: khi thực hiện 337 trường hợp lấy mảnh ghép gan phải cho thấy: Tuổi trung bình là 30 tuổi, nam chiếm đa số với 65,6%, BMI > 23 (53,7%), thời gian phẫu thuật > 360 phút chiếm 49,6%, thể tích gan trái còn lại > 500 chiếm 55,2%. Giải phẫu đường mật: tít I gặp 234 (69,4%) trường hợp; tít II: 17 (5,0%) trường hợp; tít III: 40 (11,9%) trường hợp; và tít IV: 46 (13,6%) trường hợp. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi khi tít I chiếm đa số. Trong số các trường hợp hiến gan bị biến chứng rò mật thì: Tít I gặp 8,5% (20/234); tít II: 11,8% (2/17); tít III: 15% (6/40) và tít IV: 17,4% (8/46).

Số lượng ống mật là số quan sát được ở gốc của ống gan phải sau khi cắt bỏ gan phải. Trong số 148 người hiến gan: 1 ống gặp 101 (68,24%) trường hợp; 2 ống gặp 46 (31,08%) trường hợp; 3 ống gặp 1 (0,68%) trường hợp và không có trường hợp nào > 3 ống mật. Mặc dù giải phẫu đường mật type I (85,14%), có khả năng có một ống dẫn duy nhất trong mảnh ghép cũng như ống gan của người hiến, nhưng chúng tôi chỉ thấy một ống mật trong 68,24% các mảnh ghép này, do một số trường hợp ống gan phải ngắn vì vậy cần phải cắt về phía mảnh ghép nhằm đảm bảo mỏm cụt ống gan phải đủ dài để đóng kín tránh gây hẹp đường mật ở người hiến. Biến chứng đường mật: 1 ống gặp 5 trường hợp, 2 ống gặp 2 trường hợp.



Hình 1. Hình ảnh chụp đường mật trong mổ (BN: Nguyễn Thai H. - Cặp ghép gan số 110)



Hình 2. Hình ảnh đường mật sau khi lấy mảnh ghép gan phải (BN: Nguyễn Thai H. - Cặp ghép gan số 110)

Nghiên cứu của Mathew và cộng sự [7]: Sau khi cắt đường mật ở 452 trường hợp hiến gan, 1 ống gặp 210 (46,5%) trường hợp, 2 ống gặp 217 (48%) trường hợp và 3 ống 25 (5,5%) trường hợp. Tác giả Woo và cộng sự [6]: 1 ống gặp 211 (62,6%) trường hợp, 2 ống: 117 (34,7%) trường hợp, 3 ống: 7 (2,1%) trường hợp và đặc biệt có 2 (0,6%) trường hợp có 4 ống. Rò mật đã được quan sát thấy ở 9% (19/211), 11% (13/117), 28,6% (2/7) và 100% (2/2) của những người hiến với 1, 2, 3 và 4 ống mật tương ứng.

Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến biến chứng đường mật cho thấy: Tít đường mật ($p=0,257$) và số lượng ống mật ở mảnh ghép gan phải ($p>0,05$) không có sự khác biệt. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Woo và cộng sự [6]: Với 337 trường hợp hiến gan phải, 49 (14,5%) trường hợp bị biến chứng đường mật, trong đó: 36 trường hợp rò mật và 13 trường hợp hẹp đường mật. Tác giả cũng đưa ra kết luận: Có mối liên quan giữa tít đường mật và số lượng ống mật đến biến chứng rò mật

($p=0,043$ và $p=0,008$), không có yếu tố nào ở người hiến liên quan đến hẹp đường mật. Phân tích đa biến cho thấy số lượng ống mật là yếu tố duy nhất liên quan độc lập với rò mật ($p=0,010$).

Nghiên cứu của Yazumi và cộng sự [8] cho thấy: Người hiến gan phải dễ bị rò hơn so với người hiến gan trái vì giải phẫu đường mật phức tạp hơn ở gan phải. Khoảng một nửa số mảnh ghép gan phải có nhiều ống mật, trong khi mảnh ghép gan trái thường có một ống duy nhất. Hơn nữa, mảnh ghép gan phải đòi hỏi phải cắt bỏ ống gan phải gắn với chỗ phân nhánh của ống gan phải và trái hơn so với ống gan trái trong mảnh ghép gan trái vì các nhánh phân thùy trước và sau của ống gan phải thường hội tụ ngay gần với ống gan phải phân nhánh [8]. Do đó, những người hiến gan phải có gốc mật lớn hơn do có nhiều ống mật sẽ dễ bị biến chứng đường mật, đặc biệt là rò, hơn những người hiến có ít ống mật hơn.

Trong số 7 người hiến gan phải bị biến chứng đường mật, 5 trường hợp rò mật và 2 trường hợp bị hẹp đường mật. Phân loại mức độ rò mật theo Hội Phẫu thuật Gan thế giới [4]: Mức độ A không gặp trường hợp nào, mức độ B gặp 4 (2,7%), mức độ C gặp 1 (0,68%) trường hợp. Phân loại biến chứng theo theo Clavien-Dindo: Độ IIIa gặp 6 (4,05%) trường hợp, IIIb gặp 1 (0,68%). Trong cả 5 trường hợp rò mật đều được đặt dẫn lưu ổ bụng; trong đó, 4 trường hợp thành công, 1 trường hợp dẫn lưu không hiệu quả gây viêm phúc mạc khu trú, phải mổ lại lau rửa dẫn lưu ổ bụng. 2 trường hợp hẹp đường mật đều được can thiệp đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng thành công và đều được rút stent sau 3 tháng mà không cần đặt lại và không có trường hợp nào bị biến chứng liên quan đến can thiệp như: Viêm tụy cấp, chảy máu và nhiễm khuẩn.

Nghiên cứu của Mathew và cộng sự [7]: Khi thực hiện ghép gan cho 452 bệnh nhân từ người hiến sống, rò mật đã được ghi nhận ở 15 (3,3%) trường hợp và không có trường hợp nào hẹp đường mật. Rò mật cấp độ A gặp 3 (0,66%) trường hợp, cấp độ B: 11 (2,42%) trường hợp và 1 (0,22%) trường hợp cấp độ C. Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo: Độ I gặp 3 (0,66%) trường hợp, độ II gặp 4 (0,88%) trường hợp, IIIb: 5 (1,1%) trường hợp, IVa: 1 trường hợp (0,22%), IVa: 1 trường hợp (0,22%) và V: 1 (0,22%) trường hợp.

Đặt dẫn lưu ổ bụng được chỉ định cho 12 trường hợp, 4 trường hợp ổn định, còn lại 8 trường hợp cần phải đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng do dẫn lưu không hiệu quả. Trong số này, có 2 trường hợp bị tràn dịch màng phổi hai bên, 1 trường hợp cải thiện sau khi đặt dẫn lưu ngực, bệnh nhân còn lại ho ra mật do rò phế quản-mật, mặc dù đã đặt stent và được phẫu thuật lại lau rửa dẫn lưu ổ bụng. Một trường hợp tử vong ngày hậu phẫu thứ 8 là bệnh nhân nam 53 tuổi, người có 2 ống mật ở bên mảnh ghép; bị biến chứng rò mật gây viêm phúc mạc mật, nhiễm khuẩn huyết.

Nghiên cứu của tác giả Woo và cộng sự [6]: trong số 49 trường hợp bị biến chứng đường mật thì có 5 trường hợp bị rò mật và 11 người bị hẹp đường mật đã được can thiệp đặt stent qua nội soi mật tụy ngược dòng; không thành công ở hai trường hợp và cần phải dẫn lưu mật qua. Không bệnh nhân nào trong số này bị tái phát hẹp hoặc rò mật trong thời gian theo dõi trung bình 11,2 năm (9,4-5,2). Các trường hợp còn lại đã cho thấy sự cải thiện sau khi điều trị bảo tồn, không bệnh nhân nào trong số này bị tái phát trong thời gian theo dõi trung bình là 12,8 năm (khoảng 8,9 đến 16,3).

Nghiên cứu của Özbilgin [9]: qua 280 trường hợp lấy mảnh ghép gan phải ở người hiến, 13 trường hợp bị rò mật nhẹ (Clavien loại I) và 13 trường hợp bị rò mật lớn (Clavien loại IIIa). Những trường hợp bị rò mật nhỏ ra viện mà không có vấn đề gì sau khi dịch mật trong ổ bụng chảy qua dẫn lưu. Đối với các trường hợp khác bị rò mật lớn, điều trị bằng dẫn lưu qua da hoặc can thiệp qua nội soi mật tụy ngược dòng.

Chúng tôi nhận thấy hầu hết các biến chứng đường mật xảy ra trong thời gian đầu sau mổ. Rò mật đã được phát hiện xảy ra thường xuyên hơn ở giai đoạn sớm, với hầu hết những bệnh nhân này cho thấy sự cải thiện khi được chăm sóc bảo tồn. Hẹp đường mật phát triển muộn hơn, hầu hết đều cần điều trị can thiệp [6], [8]. Mặc dù, điều trị rò mật có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, nhưng cách tiếp cận đối với hẹp đường mật là giống nhau. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật và lâm sàng của nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent điều trị hẹp trong nghiên cứu này tương đương với các thống kê trước đây, mặc dù số lượng các biến chứng thấp.

Rò mật sau khi cắt ống gan phải trong quá trình lấy mảnh ghép gan phải của người hiến mà không cải thiện bằng điều trị dẫn lưu ổ bụng, thì có thể áp dụng các phương pháp xử lý sau: Cắt cơ Oddi, dẫn lưu đường mật ra ngoài qua đường mũi, đặt stent đường mật có hoặc không có mở cơ thắt, dẫn lưu đường mật qua da và phẫu thuật [3], [10]. Mục đích điều trị là làm giảm chênh lệch áp suất ống mật-tá tràng, bắc cầu nối chỗ rò, chuyển dịch mật ra khỏi vị trí rò và giảm tỉ lệ biến chứng viêm chít hẹp đường mật.

Dẫn lưu đường mật ra ngoài qua đường mũi có nhiều ưu điểm như: Biết được lượng dịch mật tiết ra hàng ngày, có thể chụp đường mật nhiều lần và dễ dàng rút bỏ. Vì vậy, sử dụng dẫn lưu đường mật ra ngoài qua đường mũi tạm thời là một phương pháp an toàn và khả thi để theo dõi những trường hợp rò mật mức độ nhẹ. Tuy nhiên, nhược điểm của kỹ thuật này bao gồm: Bệnh nhân khó chịu vì phải đặt dẫn lưu qua mũi và mất điện giải. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có người hiến gan nào cần dẫn lưu đường mật ra ngoài qua đường mũi vì rò mật. Rò mật là một yếu tố nguy cơ gây hẹp hoặc thường liên quan đến hẹp [10]. Không có trường nào bị hẹp có rò mật đồng thời trong nghiên cứu.

Một số nghiên cứu thấy rằng, việc đặt stent đường mật có hiệu quả hơn dẫn lưu đường mật qua mũi để ngăn ngừa biến chứng hẹp đường mật sau rò mật, vì stent có thể để trong một thời gian dài hơn thông thường là 3 tháng [10]. Chiến lược tối ưu để điều trị bệnh nhân rò mật vẫn chưa được đồng thuận do số lượng các biến chứng trong mỗi nghiên cứu là rất nhỏ. Một số bệnh nhân thất bại hoặc chống chỉ định khi can thiệp qua nội soi, có thể tiến hành đặt dẫn lưu đường mật xuyên qua gan ra da [8].

Nghiên cứu còn một số hạn chế, bao gồm: Thiết kế hồi cứu, số lượng người hiến gan còn thấp, số biến chứng đường mật đều cải thiện bằng điều trị bảo tồn.

5. Kết luận

Nghiên cứu qua 148 trường hợp hiến gan đã được phẫu thuật lấy mảnh ghép gan phải trong ghép gan từ người hiến sống cho thấy: Biến chứng đường mật gặp 4,73%; trong đó: Rò mật (3,38%), hẹp đường mật (1,35%). Phân loại mức độ rò mật

thấy: Mức độ B (2,7%), mức độ C (0,68%). Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo: Độ IIIa gặp 6 (4,05%) trường hợp, IIIb gặp 1 (0,68%). Biến chứng đường mật hầu hết đều điều trị thành công bằng phương pháp dẫn lưu hoặc nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent.

Tài liệu tham khảo

1. Yamaoka Y, Washida M, Honda K et al (1994) *Liver transplantation using a right lobe graft from a living related donor*. Transplantation 57: 1127-1130.
2. Shiffman ML, Brown RS, Olthoff KM et al (2002). *Living donor liver transplantation: Summary of a conference at The National Institutes of Health*. Liver Transpl 8: 174-188.
3. Lee JG, Lee KW et al (2017) *Korean organ transplantation registry study*. Liver Transpl 23(08): 999-1006.
4. Beavers KL, Sandler RS, Shrestha R (2002) *Donor morbidity associated with right lobectomy for living donor liver transplantation to adult recipients: A systematic review*. Liver Transpl 8(2): 110-117.
5. Giovanni Varotti G, Gondolesi GE, Goldman J, Wayne M et al (2004) *Anatomic variations in liver living donors*. J Am Coll Surg 198 (4): 577-582.
6. Woo HY, Lee IS, Chang JH, Youn SB, Bae SH, Choi JH et al (2018) *Outcome of donor biliary complications following living donor liver transplantation*. Korean J Intern Med 33: 705-715.
7. Mathew JS, Manikandan K et al (2017) *Biliary complications among live donors following live donor liver transplantation*. The Surgeon, <https://doi.org/10.1016/j.surge.2017.08.005>.
8. Yazumi S, Chiba T (2005) *Biliary complications after a right lobe living donor liver transplantation*. J Gastroenterol 40: 861-865.
9. Özbilgin M, Ünek T, T. Egeli T, Ağalar C, Ağalar, Ozkardesler S, Karadeniz E, Ellidokuz H, Obuz F, and Astarcioglu I (2017) *Complications in donors using right liver graft: Analysis of 280 consecutive cases*. Transplantation Proceedings 49: 580-586.
10. Agarwal N, Sharma BC, Garg S, Kumar R, Sarin SK (2006) *Endoscopic management of postoperative bile leaks*. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 5: 273-277.