

GHÉP GAN

GS. DENIS CASTAING

Ghép gan

- Ta không thể sống thiếu gan
- Không có điều trị đặc hiệu cho tình trạng suy gan
- Không có gan nhân tạo

Một vài định nghĩa...

- Loại ghép gan
 - Ghép tự thân
 - Ghép khác nhóm (theo nhóm máu: cùng nhóm, tương hợp, khác nhóm)
 - Ghép khác loại
- Vị trí ghép
 - Đúng vị trí
 - Vị trí khác
- Ghép vĩnh viễn hay tạm thời (ghép phụ thêm)
- Ghép toàn bộ gan hay ghép một phần gan

Một vài định nghĩa...

- Loại ghép gan
 - Ghép tự thân
 - Ghép khác nhóm (theo nhóm máu: cùng nhóm, tương hợp, khác nhóm)
 - Ghép khác loại
- Vị trí ghép
 - Đúng vị trí
 - Vị trí khác
- Ghép vĩnh viễn hay tạm thời (ghép phụ thêm)
- Ghép toàn bộ gan hay ghép một phần gan

Lịch sử chương trình ghép gan tại BV Paul Brousse-TT Gan mật Từ 1984 đến 2016: 3412 TH

- 1974: ca ghép gan đầu tiên (GS. Henri Bismuth)
- 1974-1984: 10 TH ghép
- 1981: lần đầu tiên ghép phần gan người lớn cho trẻ em (Bismuth, Houssin Surgery 1984)
- 1986: chương trình ghép gan đầu tiên cho viêm gan tối cấp (Bismuth Samuel Ann Int Med 1987)
- 1986: dự phòng miễn dịch thụ động với IgAnti-HBs cho BN nhiễm HBV (Samuel Lancet91, NEJM 93, Roche Hepatology 2003, Faria Gastro 2008)
- 1988: lần đầu tiên chia ghép gan cấp cứu cho 2 BN (Bismuth, Castaing Br J Surg 1990 (thứ 2 trên TG))
- 1990: ghép gan có bất tương hợp nhóm máu ABO (Gugenheim, Castaing Lancet 1990)
- 1992: ghép cho trường hợp tái nhiễm HCV (Ferray JCI Hepatology 1994)

Lịch sử chương trình ghép gan tại BV

Paul Brousse-TT Gan mật

Từ 1984 đến 2016: 3412 TH

- 1993: ghép gan so với cắt gan điều trị HCC < 3cm (Bismuth, Adam, Castaing Ann Surg 1993)
- 1993: ghép gan điều trị bệnh thần kinh thoái biến amyloid có tính gia đình (FAP) (Adam, Samuel, Castaing, Bismuth Brain 2001)
- 2000: ghép gan trên BN HIV (Ducios-Vallée, Samuel, Bismuth, Castaing J Hepatol 2005, Tateo AIDS 2008, Antonini AJT 2011)
- 2000: ghép gan với người cho sống (living donor) (Azoulay, Castaing Am J Transplant 2011)
- 2002: lấy gan nội soi (Cherqui Lancet 2002)
- 2003: điều trị tái phát HCV với IFN và RBV (Samuel Gastro 2003, Calmus J Hepatol 2013, Chariton Gastro 2015)
- 2011: ghép gan trên BN viêm gan do rượu (Mathurin, Samuel, Ducios-Vallée NEJM 2011)

Chuẩn bị ghép gan: Bilan tiền ghép

- Chẩn đoán xác định bệnh gan nặng



- Xác định chỉ định ghép gan

Những bệnh gan nào cần ghép?

- Xơ gan nặng: những nguyên nhân chính gây xơ gan: rượu, HBV, HCV, một số loại thuốc
- Ung thư tế bào gan, thường nhất trên nền bệnh gan mạn hay xơ gan
- Bệnh gan ứ mật (tắc mật): xơ gan đường mật nguyên phát, viêm đường mật xơ hóa nguyên phát
- Các bệnh chuyển hóa ở gan, nhất là bệnh thần kinh thoái biến amyloid
- Viêm gan tối cấp

Vậy ai cần ghép?

- 1983: hội nghị đồng thuận Bethesda (Hepatology 1984, 4, 107)
- 1993: hội nghị đồng thuận Paris về chỉ định ghép gan
 - Xơ gan đường mật nguyên phát
 - Viêm đường mật xơ hóa nguyên phát
 - Viêm gan tối cấp
 - Teo đường mật(Hepatology 1994, 20, 1)
- 2005: hội nghị đồng thuận Lyon về mở rộng chỉ định ghép gan (Hepatology 2005, 30, 1)
- 2010: hội nghị đồng thuận Zurich về chỉ định ghép gan cho HCC (Lancet Oncology 2011)

Vậy TH nào không ghép?

Hội nghị đồng thuận ghép gan – Paris 1993

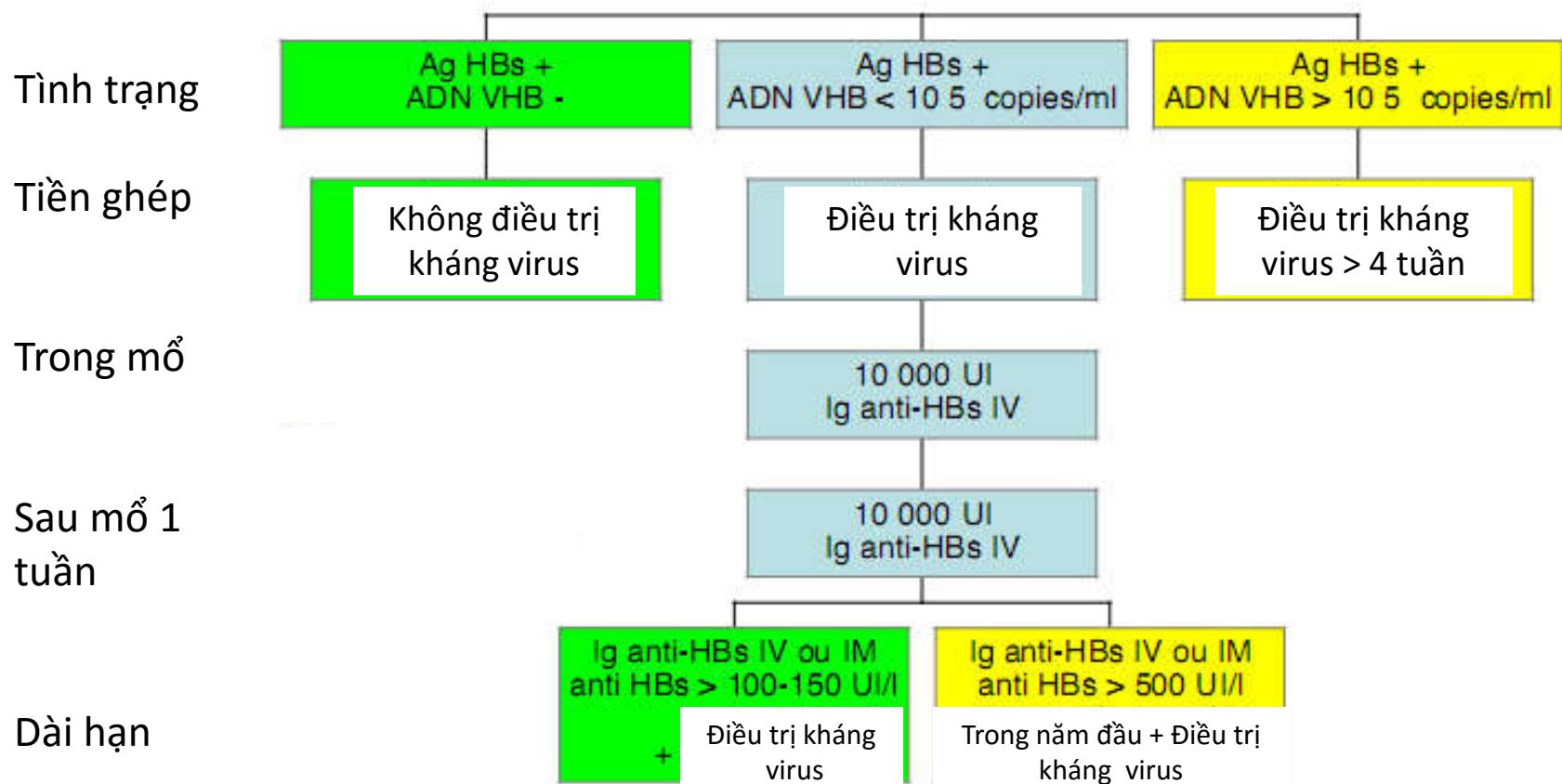
- Chống chỉ định tuyệt đối
 - Suy tạng khác ngoài gan
 - Nhiễm trùng ngoài gan không kiểm soát được
 - Bệnh tim nặng
 - Tăng áp ĐM phổi trung bình > 45 mmHg
 - Ung thư ngoài gan chưa kiểm soát hoặc không thể kiểm soát
 - Nhiễm HIV chưa kiểm soát với bệnh AIDS
- Chống chỉ định tương đối
 - Tuổi
 - Sự mong muốn/hợp tác của BN và gia đình

Xơ gan do nhiễm HBV

Hội nghị đồng thuận Lyon 2005

- “Chỉ định ghép gan trên BN nhiễm HBV hiện nay không còn bàn cãi, sống thêm trung bình và dài hạn gần như tốt nhất (75% sau 5 năm, 63% sau 10 năm theo số liệu Châu Âu)
- Vấn đề chính là dự phòng tái phát cho gan ghép, có liên quan đến nồng độ virus trước ghép”
 - Điều trị âm tính virus trước ghép
 - Điều trị kháng thể anti-HBs sau ghép

Dự phòng tái phát VGSV B



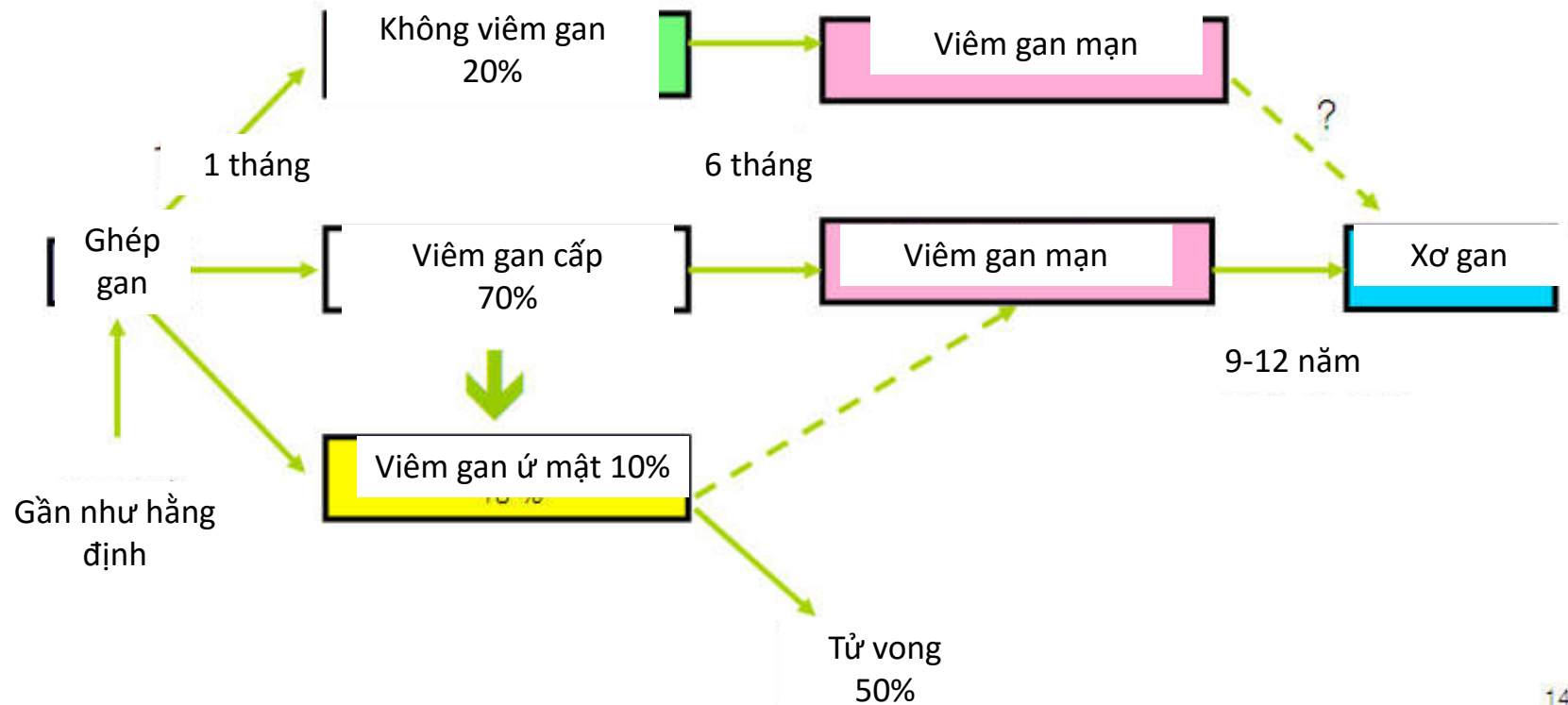
Xơ gan do nhiễm HCV

Hội nghị đồng thuận Lyon 2005

- “Chỉ định ghép gan trên BN nhiễm HCV không bị thử thách bởi sự suy thoái... kết quả về trung và dài hạn,” ... liên quan tới:
 - Tình trạng tái nhiễm HCV của gan ghép sớm hay muộn
 - Diễn tiến nhanh tới xơ gan (10 đến 40% sau 5 năm) với:
 - + Nguy cơ mất bù rất cao (40% sau 1 năm chẩn đoán)
 - + Tử suất cao từ 10 đến 20% sau 5-10 năm
 - + Tuổi tác của BN và người cho gan gia tăng

Viêm gan C tái phát

- Tái nhiễm virus gần như hằng định



Xơ gan do rượu

Hội nghị đồng thuận Lyon 2005

- Xơ gan do rượu là một chỉ định ghép gan tốt
- Chỉ những BN nặng (Child C 11-15 hoặc Child B hoặc biến chứng bàng bụng kháng trị hay XH tiêu hóa tái diễn), ghép gan mang lại lợi ích tốt

Poynard J Hepatol 1999; 30: 1130-37

- Không có các bệnh ngoài gan do rượu khác chưa được kiểm soát

Xơ gan do rượu

Hội nghị đồng thuận Lyon 2005

- Không có các biểu hiện bệnh ngoài gan do rượu hoặc do rượu kết hợp với thuốc lá
- Khám và xét nghiệm tổng quát luôn được khuyến nghị
- Cần phải cai rượu một thời gian dài (?)
 - Vì chức năng gan có thể cải thiện
 - Cần đánh giá tốt chất lượng cai rượu
 - Nhưng không có đồng thuận về thời gian (6 tháng?)
- Chỉ định tốt cho những BN nặng

Nguy cơ tái phát bệnh gan do rượu?

- Khoảng 10 đến 40%
- Không có mối liên hệ giữa thời gian cai và tái phát
- Những trường hợp thường gặp thì ít nghiêm trọng
 - Cần có kế hoạch cai rượu mới
 - 10% tái phát nặng
 - + Viêm gan nhiễm mỡ
 - + Viêm gan do rượu cấp tính
 - + Xơ gan

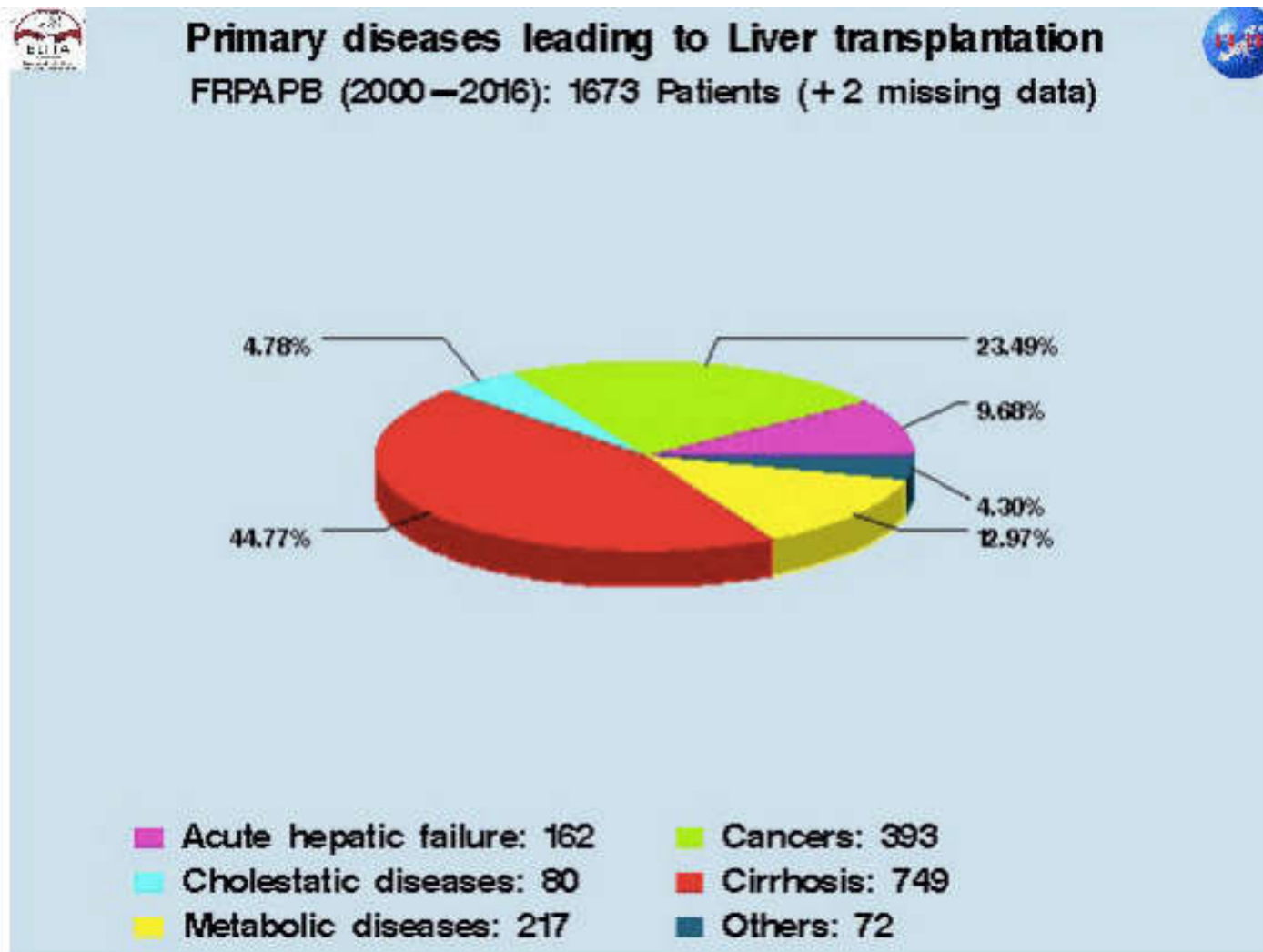
Ung thư tế bào gan

Hội nghị đồng thuận Lyon 2005

- Chống chỉ định ghép khi có di căn xa, di căn hạch, xâm lấn mạch máu
- U đơn độc dưới 5cm hoặc 3 nốt dưới 3cm (“Tiêu chuẩn Milan”)
- “mặc dù ghép gan được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất về lâu dài, những u HCC đơn độc dưới 2cm (TNM1) không còn được coi là chỉ định ghép gan thường quy ngoại trừ khi có kèm xơ gan Child-Pugh C”

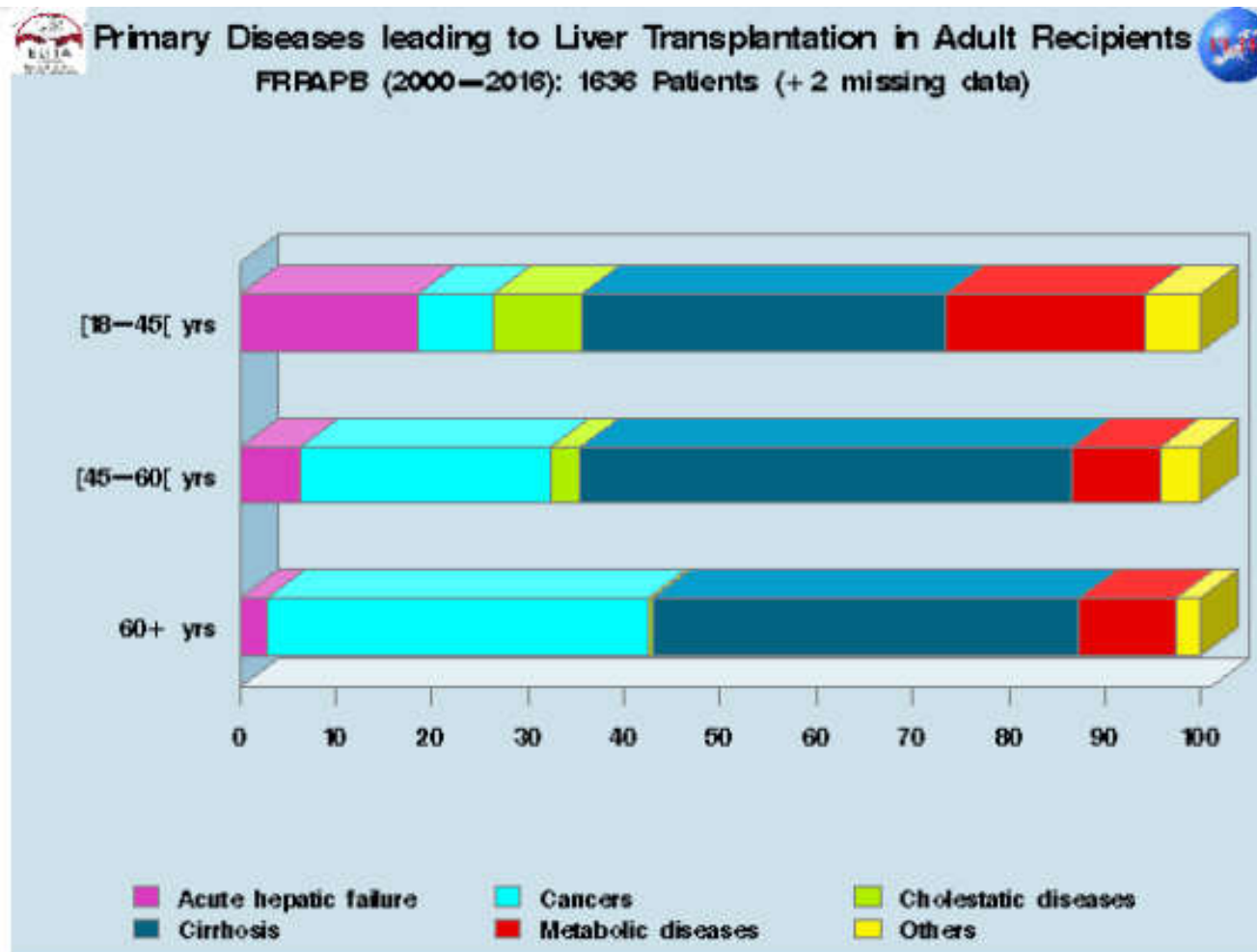
Kinh nghiệm tại TT gan mật BV Paul Brousse

1974-2016: 3387 TH – 2992 BN



Kinh nghiệm tại TT gan mật BV Paul Brousse

1974-2016: 3387 TH – 2992 BN



Chuẩn bị trước ghép gan: Bilan tiền ghép

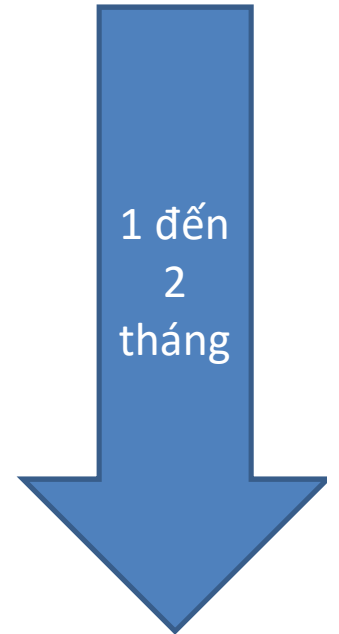
- Độ nặng và mức độ ảnh hưởng của bệnh
Xét nghiệm đánh giá có mổ được không?
(Tim mạch, hô hấp, thận, gây mê...)

Khám tâm lý, (chế độ cai rượu)

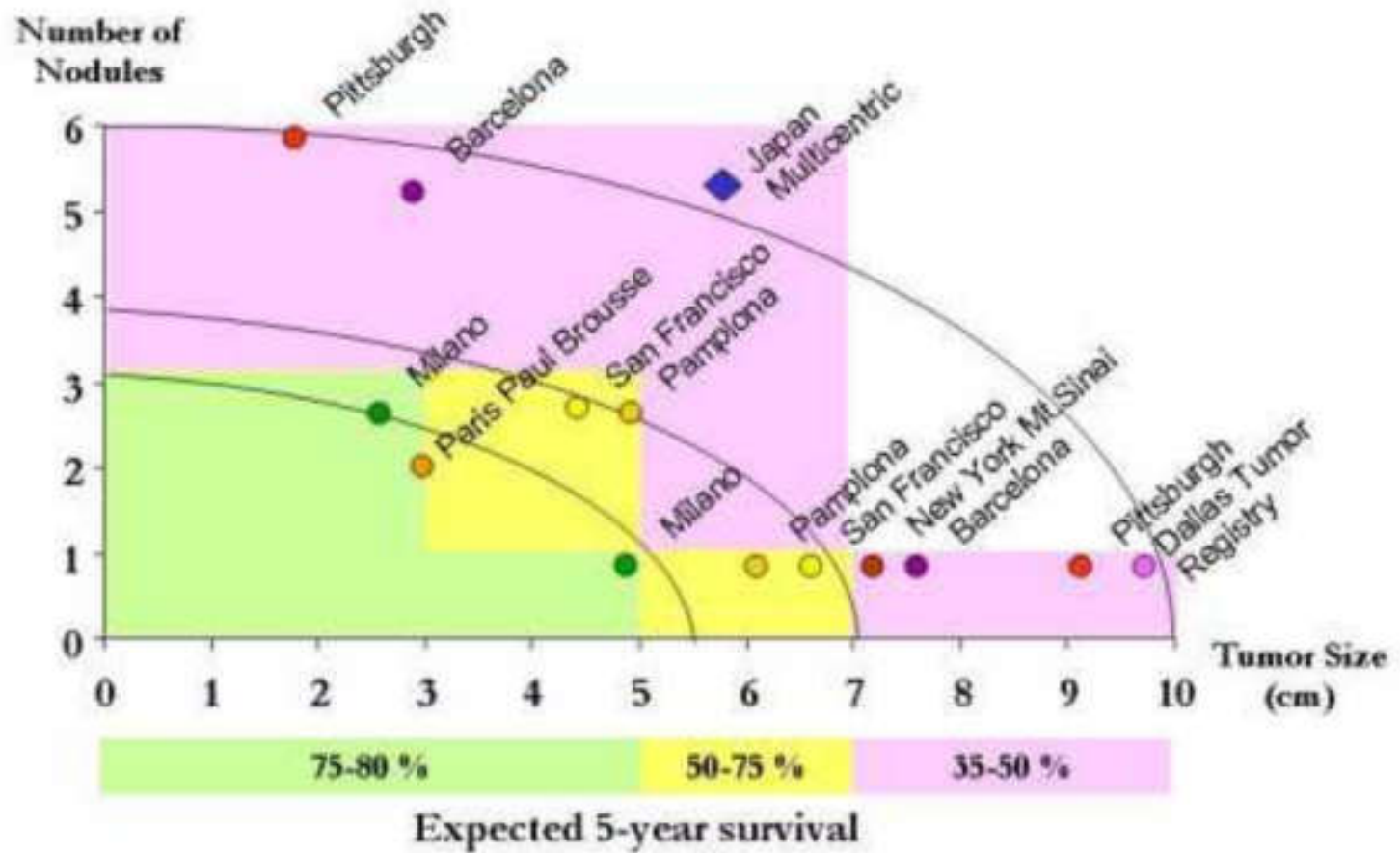


Quyết định ghép gan

Quyết định chung của ê kíp điều trị BN (Hội
chẩn



Chọn bệnh



Ung thư tế bào gan

- Tham khảo chỉ định ghép theo tiêu chuẩn Milan
 - 1 nốt < 5 cm
 - 3 nốt < 3 cm
- Chỉ định không liên quan đến những vi xâm lấn mạch máu vì không thể xác định được trước ghép
- Ghép gan có thể tiến hành sau khi điều trị giảm giai đoạn ung thư (downstaging)

Nếu vượt quá tiêu chuẩn Milan?

Table 2. Simplified, User-Friendly Version of the AFP Model			
Variables	β coefficient	Hazard ratio	Points
Largest diameter, cm			
≤ 3	0	1	0
3–6	0.272	1.31	1
> 6	1.347	3.84	4
Number of nodules			
1–3	0	1	0
≥ 4	0.696	2.01	2
AFP level, ng/mL			
≤ 100	0	1	0
100–1000	0.668	1.95	2
> 1000	0.945	2.57	3

- Ta có thể ghép những TH có điểm ≤ 2

Chuẩn bị ghép gan

- Chỉ định ghép gan



- Đưa vào danh sách chờ của Cơ quan quản lý Y sinh (ABM)



- Giai đoạn chờ ghép
- Thăm khám thường xuyên (2 tuần)
- Kiểm tra tiến triển của bệnh
- Tầm soát các biến chứng nếu có



- Cơ quan quản lý Y sinh chỉ định đích danh BN đăng kí

Danh sách chờ ghép quốc gia

- Việc đăng kí chờ ghép là **bắt buộc**:
- Được thực hiện bởi bác sĩ chỉ định ghép
- Chuyển đến giám đốc BV để xác nhận chi phí thực hiện
- Kém theo giấy cam kết không có đăng kí trong danh sách chờ nào khác ở nước ngoài
- Việc đăng kí được thẩm định và xác nhận với BN trực tiếp bởi Cơ quan quản lý Y Sinh (ABM)

Tổ chức ghép gan: Giai đoạn chờ ghép

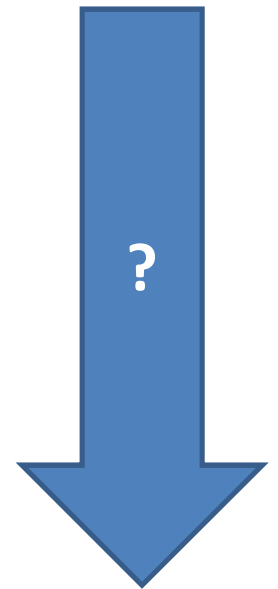
- Đăng kí vào danh sách chờ ghép của Cơ quan quản lý quốc gia (ABM)



- Giai đoạn chờ ghép
- Thăm khám thường xuyên (2 tuần)
- Kiểm tra tiến triển của bệnh
- Tầm soát các biến chứng



- Cơ quan quản lý chỉ định đích danh BN đăng kí



Tổ chức ghép gan: Giai đoạn chờ ghép

- Đăng kí vào danh sách chờ ghép của Cơ quan quản lý quốc gia (ABM)



- Giai đoạn chờ ghép
- Thăm khám thường xuyên (2 tuần)
- Kiểm tra tiến triển của bệnh
- Tầm soát các biến chứng



- Người cho
- Cơ quan quản lý gọi cho người đăng kí

Người cho tử vong...

- Không có định nghĩ chung nhất về tử vong, dẫn rằng ai cũng biết nó như thế nào...
- Tử vong vì vậy là một quan niệm có nhiều định nghĩa
 - Chết lâm sàng
 - Chết não
 - Chết về mặt thủ tục
 - Chết về mặt sinh lý
 - Chết sinh học

Chết não

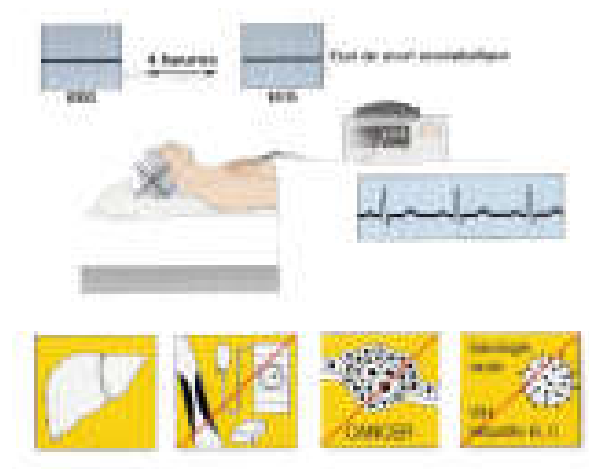
- Cơ sở của định nghĩa này thuần túy mang nghĩa triết học: về tính ưu thế của não bộ so với các cơ quan khác trong cơ thể. Người ta coi não quan trọng hơn tim.
- Sự hủy hoại hoàn toàn và không thể hồi phục của đại não và thân não
- Việc duy trì được hô hấp tuần hoàn nhờ hoàn toàn vào hệ thống hồi sức hỗ trợ và trong thời gian ngắn
- Khác với tình trạng hôn mê dài hạn

Những nguyên tắc quan trọng, ở Pháp

- Tử vong được xác nhận bởi 2 BS độc lập trong nhóm ghép tạng
- BN tử vong được coi như đối tượng cho tạng tiềm năng
- Phải thông báo cho cơ quan quản lý cấp quốc gia: Cơ quan quản lý Y Sinh (ABM)
- Việc lấy tạng phải được thực hiện trong một BV được chứng nhận (166 trung tâm – 6 vùng không có trung tâm: Alpes de Haute Provence, Creuse, Lozère, Haute Marne, Haute Saône, Jura)

Quyết định độ nặng của BN chờ ghép (từ 2008)

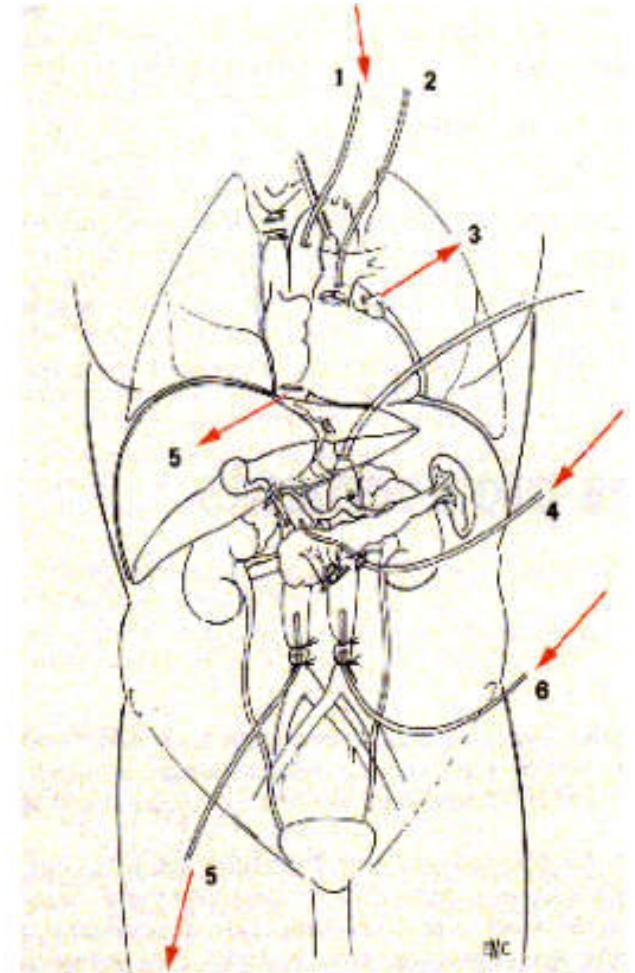
- Đánh giá “điểm gan” giúp phân loại BN chờ ghép dựa vào độ nặng của bệnh
- Cơ quan quản lý Y Sinh quốc gia phân bổ tạng ghép **đích danh** cho bệnh nhân



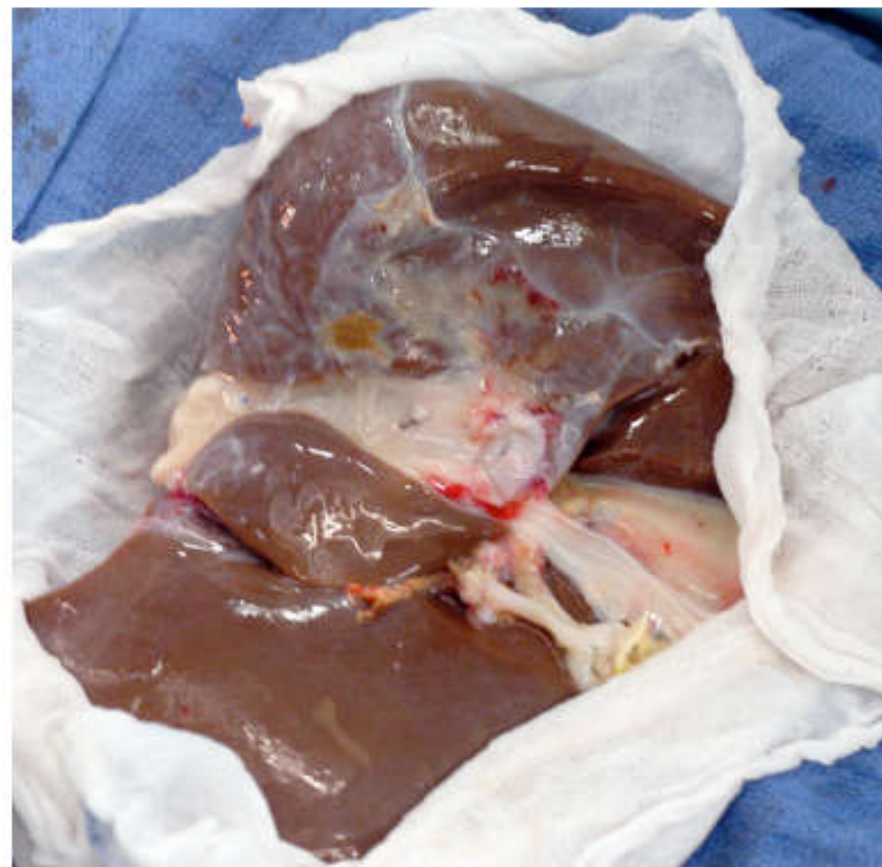
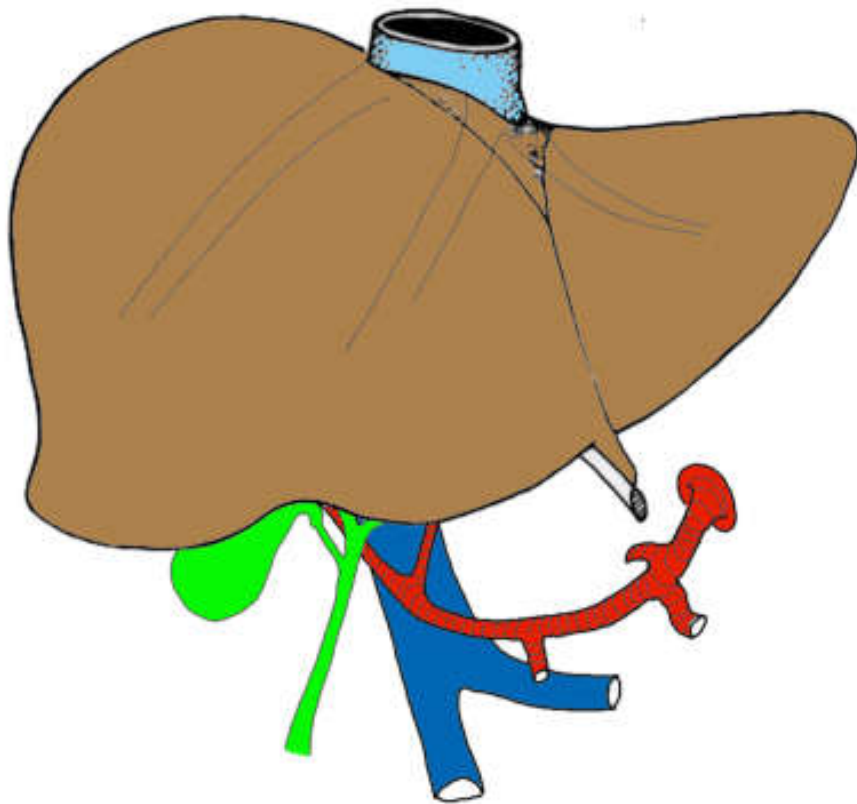
Chẩn đoán BN chết não

Nguyên tắc lấy đa tạng từ người cho

- Tại nơi lấy tạng
 - Can thiệp hoàn toàn dựa trên quy trình đã định
 - Bảo đảm điều kiện để mỗi tạng được chuyển đến nơi ghép
 - Sử dụng môi trường lạnh và dung dịch bảo quản (không giống nhau ở mỗi tạng)
 - Lấy rộng hơn, không phẫu tích chi li vào mạch máu và đường mật
 - Bắt buộc phải khâu lại da cho BN
- Tại trung tâm ghép tạng
 - Làm sinh thiết nếu cần thiết
 - Chuẩn bị điều kiện sẵn, phẫu tích mạch máu, có khi phải chia tách tạng
 - Chú ý không phá vỡ chu trình bảo quản lạnh



Chuẩn bị gan ghép



Chuẩn bị người nhận



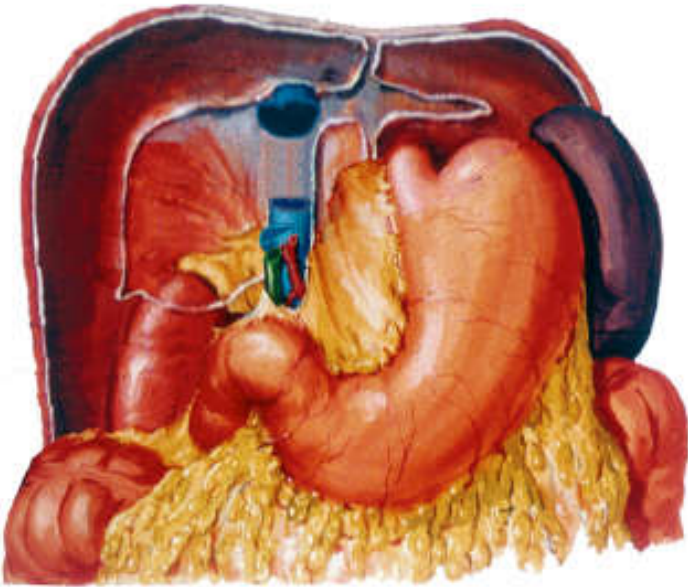
- Rạch da vùng nách hoặc cánh = làm ngõ vào catheter tuần hoàn ngoài cơ thể - thường là chọc xuyên qua da
- Rạch da dưới sườn P và đường rạch dọc = ghép tạng
- Rạch da vùng bẹn
= ngõ ra của tuần hoàn ngoài cơ thể
= nơi lấy tĩnh mạch hiển

Kỹ thuật ghép gan



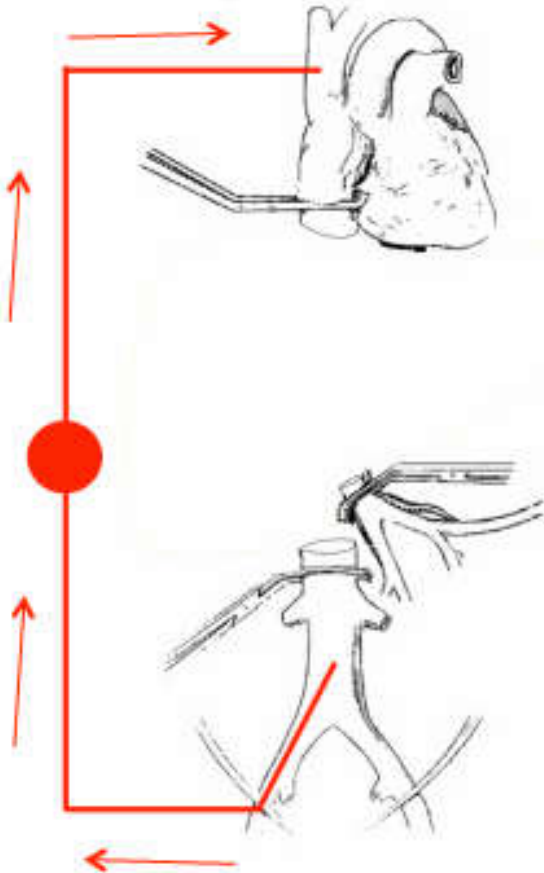
- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ-chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kẹp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

Kỹ thuật ghép gan



- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kẹp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

Cắt TM chủ dưới

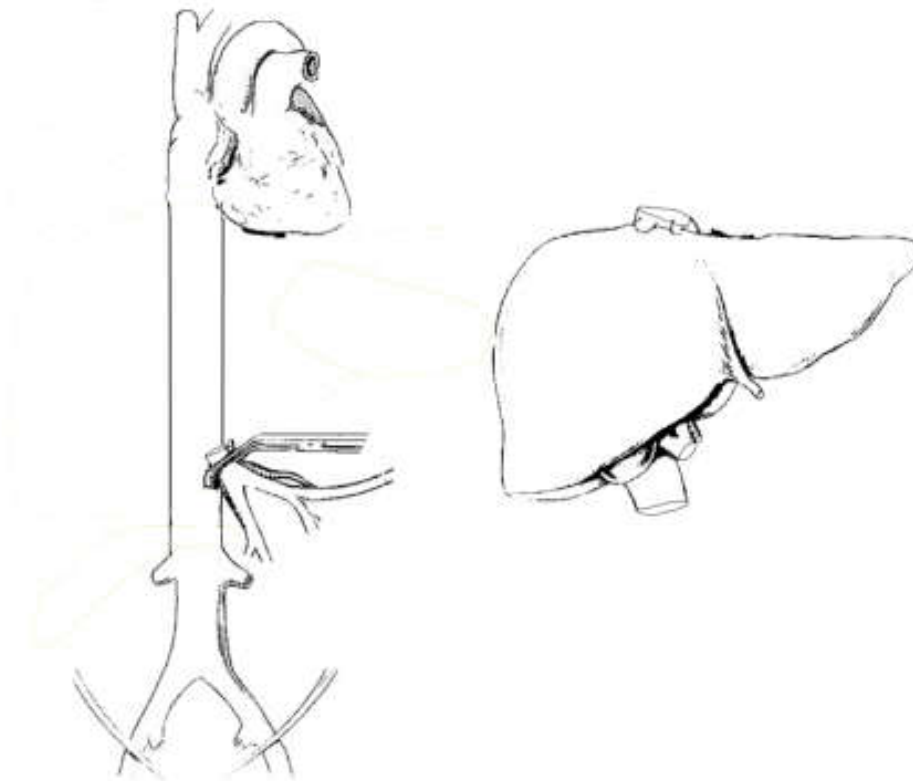


- Có thể gây tăng kháng lực mạch máu về tim

- Gây suy thận

=> Kỹ thuật: chuyển vị
(TH TM ngoài cơ thể)

Một giải pháp: Bảo tồn TM chủ dưới



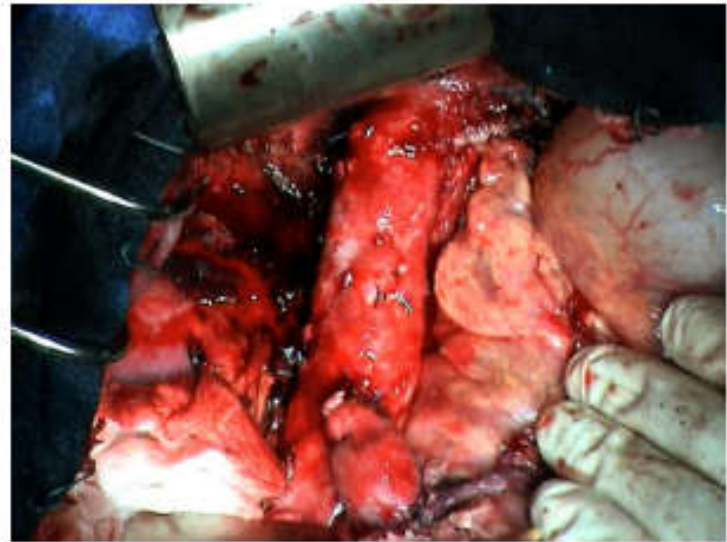
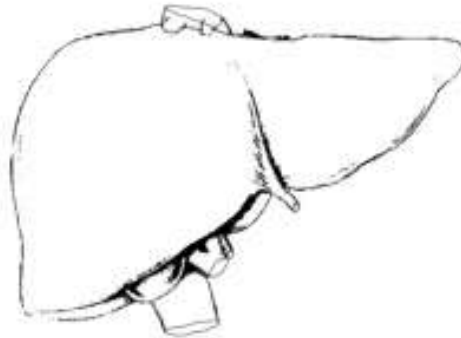
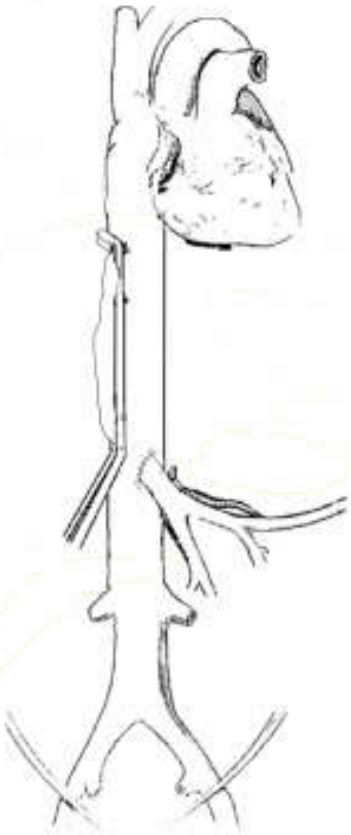
Một giải pháp: Bảo tồn TM chủ dưới



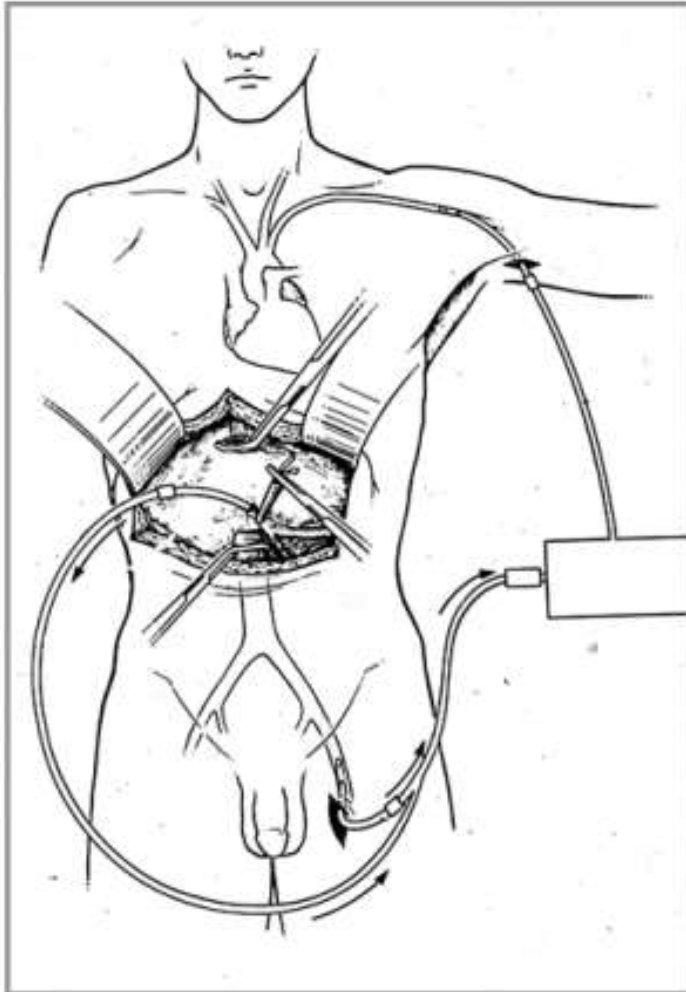
Không gây rối loạn huyết
động

Có thể gây ứ máu tạng

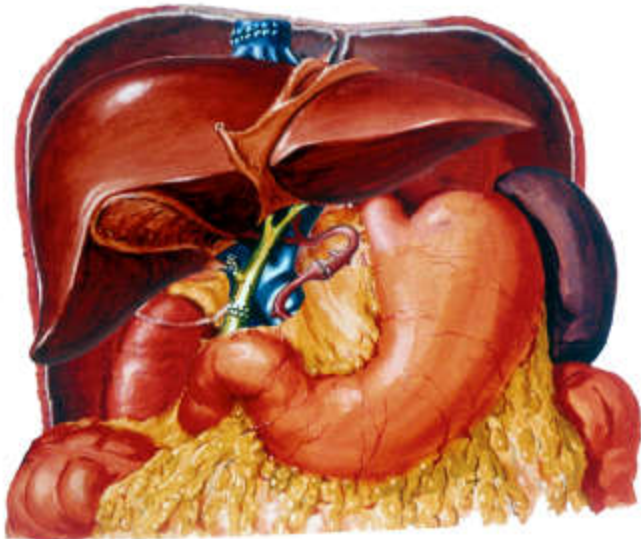
Giải pháp: Nối cửa-chủ tạm thời



Giải pháp: tuần hoàn ngoài cơ thể



Ghép “kinh điển”

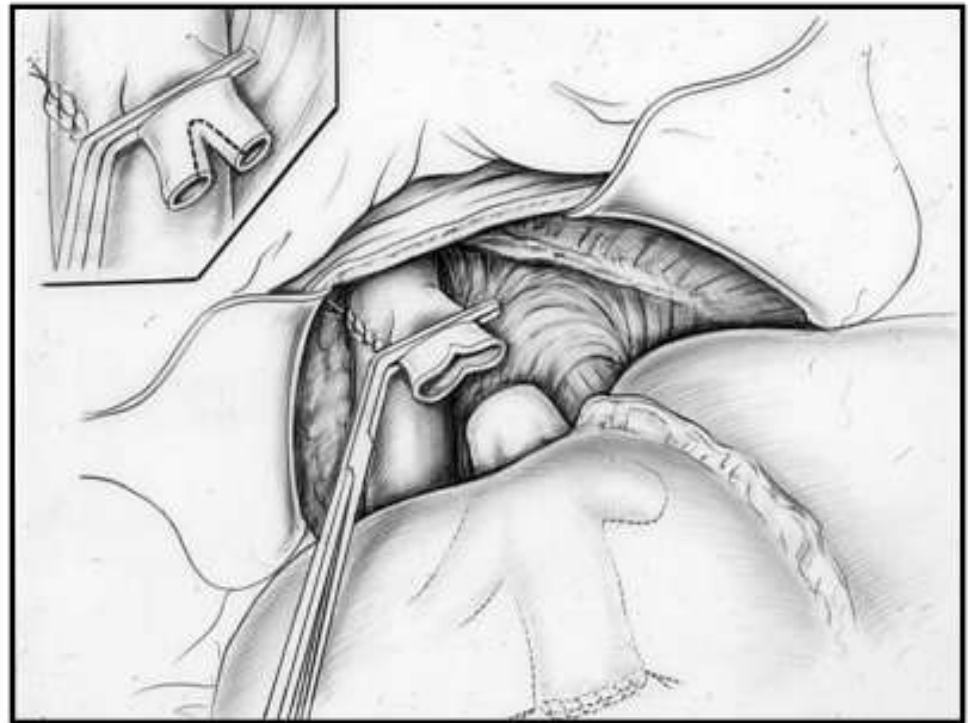


- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ-chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kẹp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

Bảo tồn TM chủ dưới

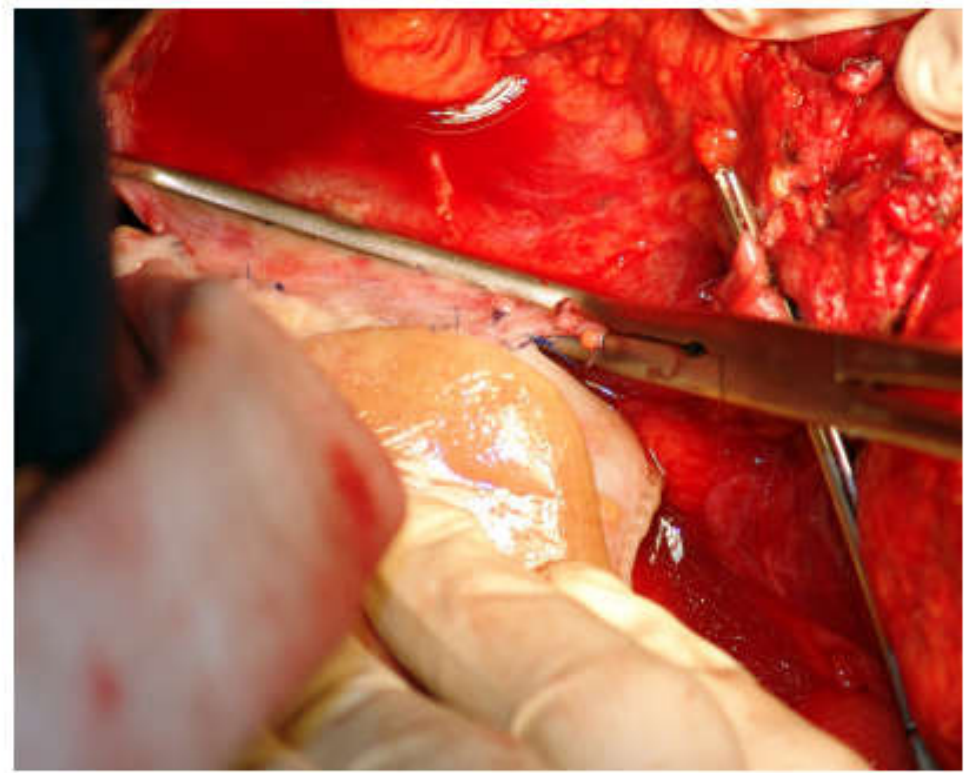
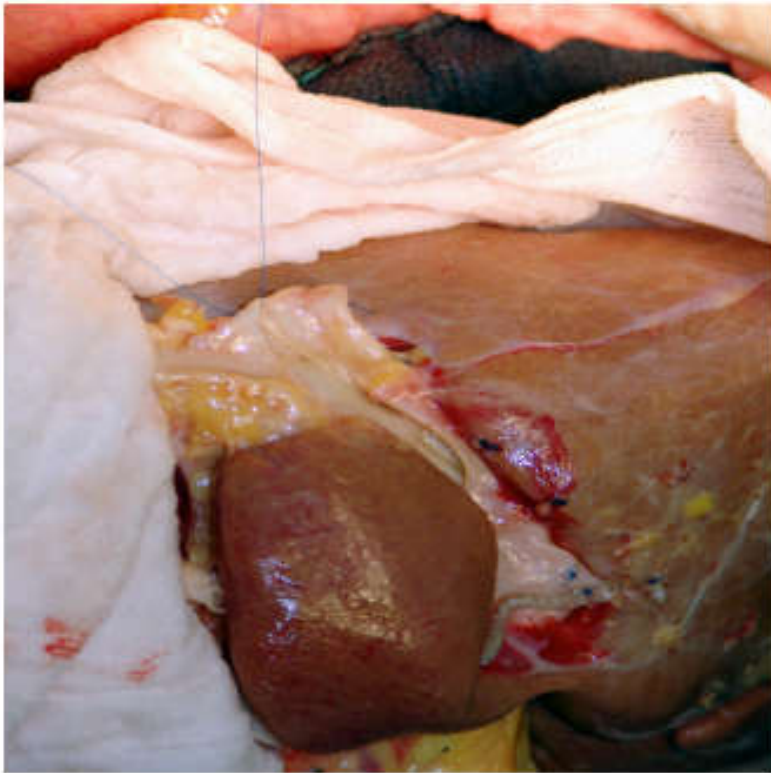


Nối bên-bên

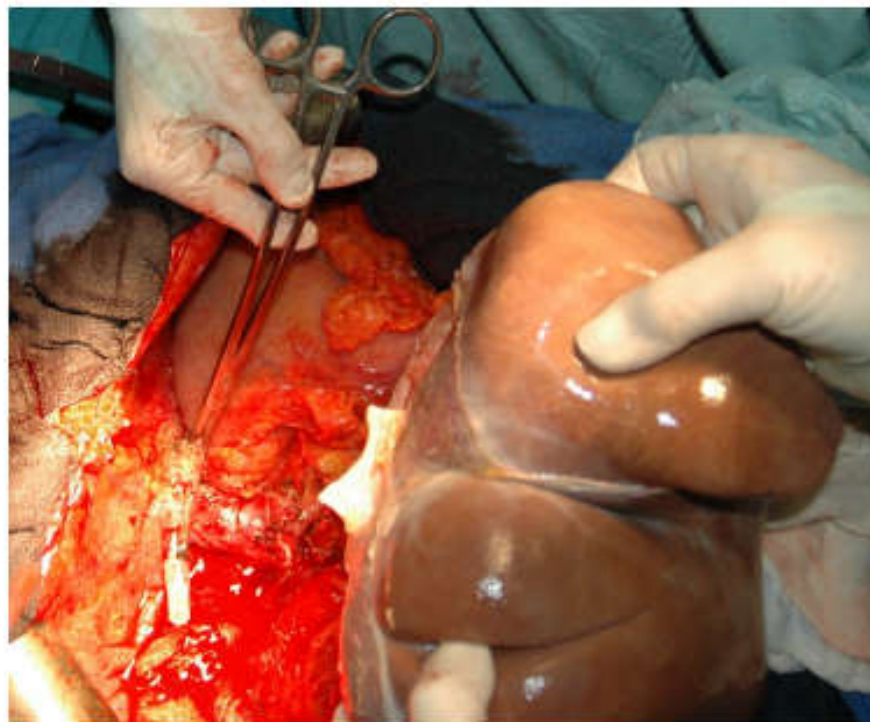
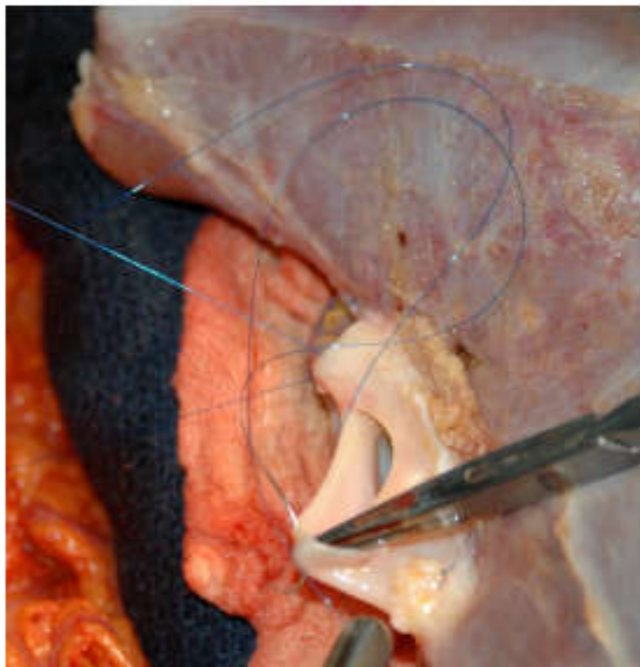


« Piggy back »

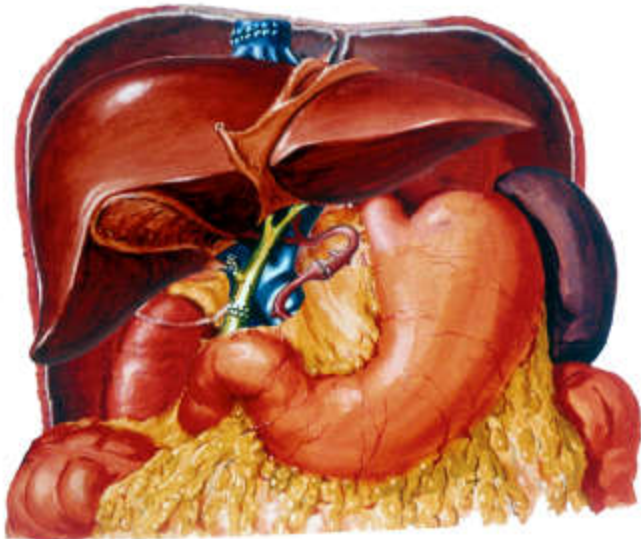
Bảo tồn TM chủ dưới



Kĩ thuật “Piggy back”

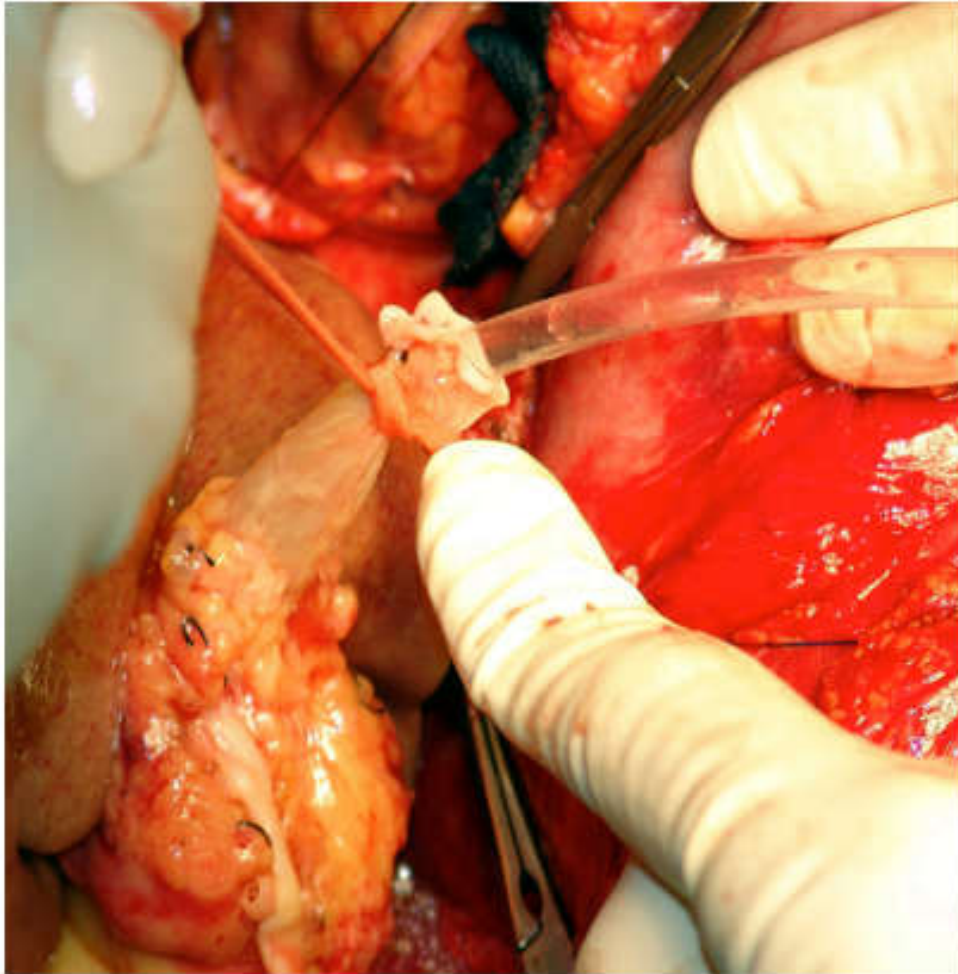


Ghép “kinh điển”

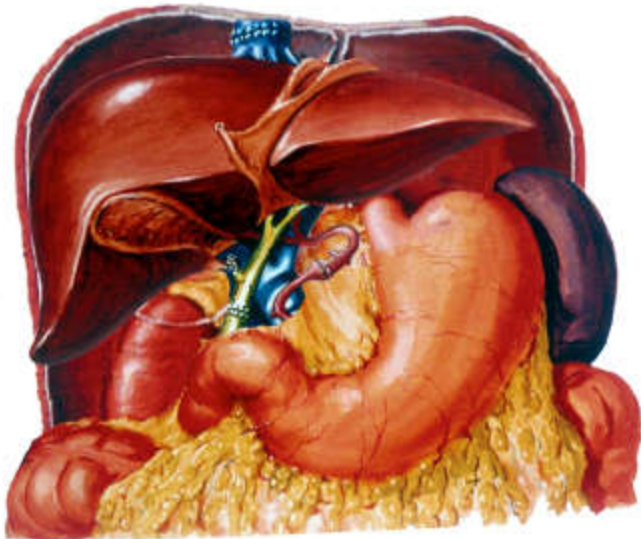


- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ-chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kẹp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

Tháo rửa chất bảo quản trong gan ghép



Ghép “kinh điển”

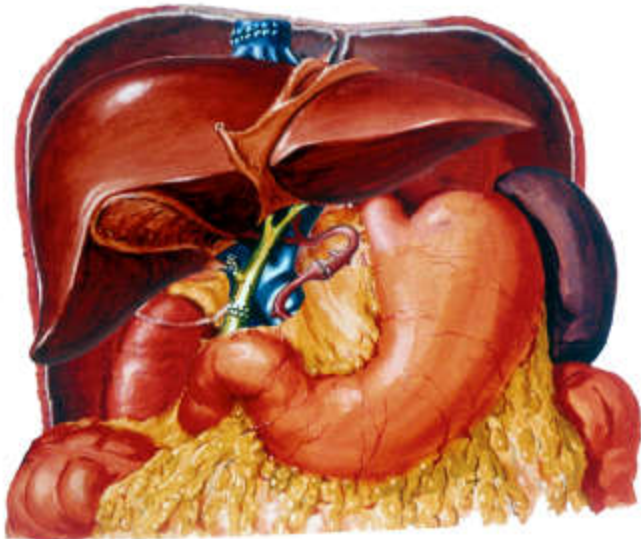


- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ-chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kíp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

Nối cửa-cửa

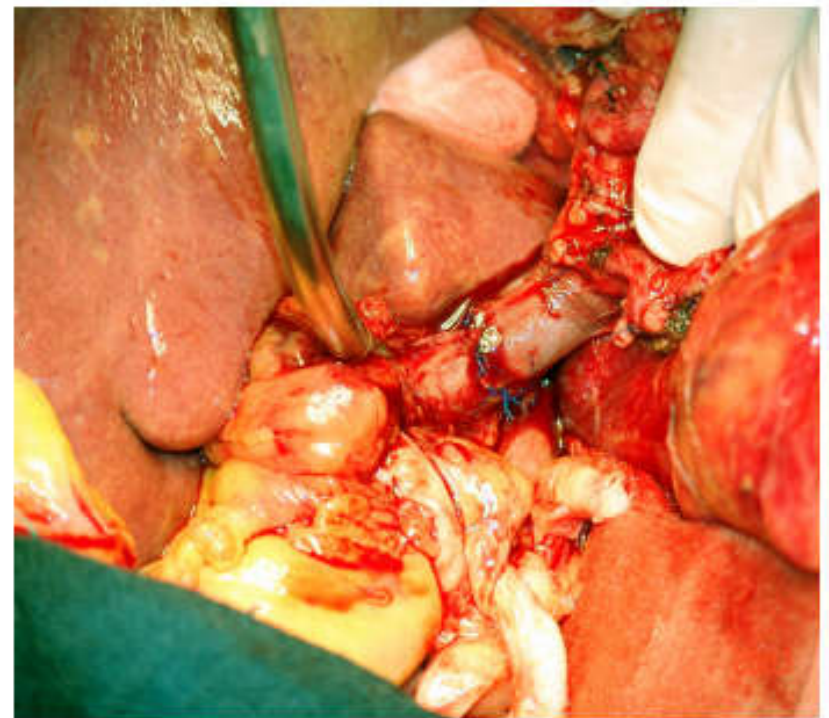
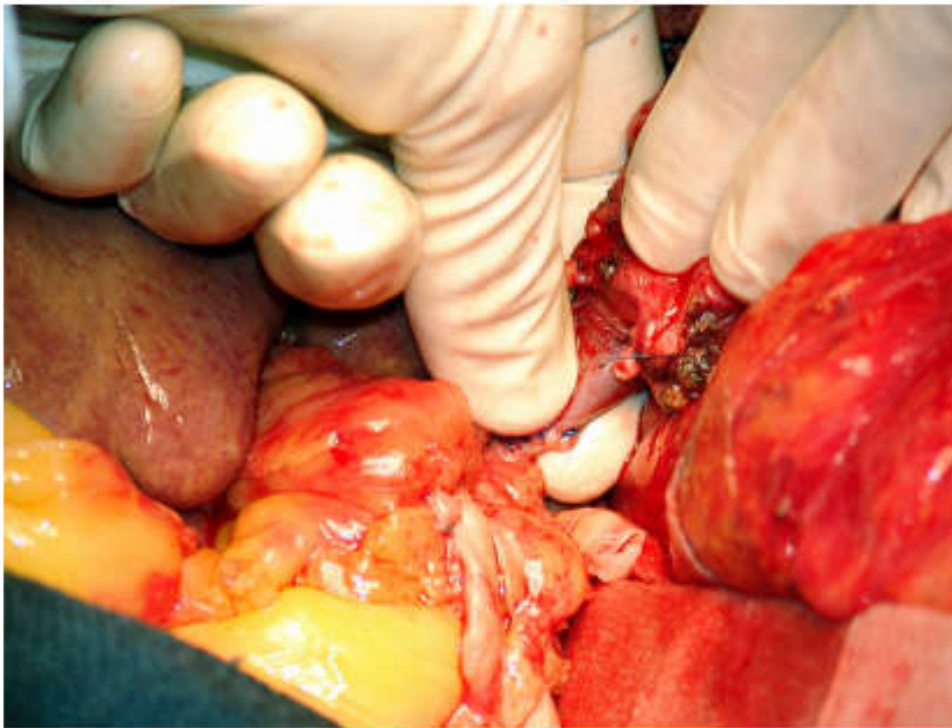


Ghép “kinh điển”

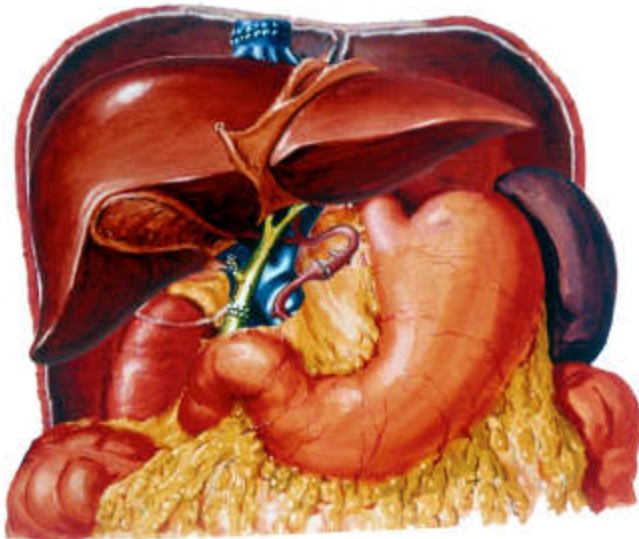


- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ-chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kẹp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

Tháo kẹp TM cửa từ từ

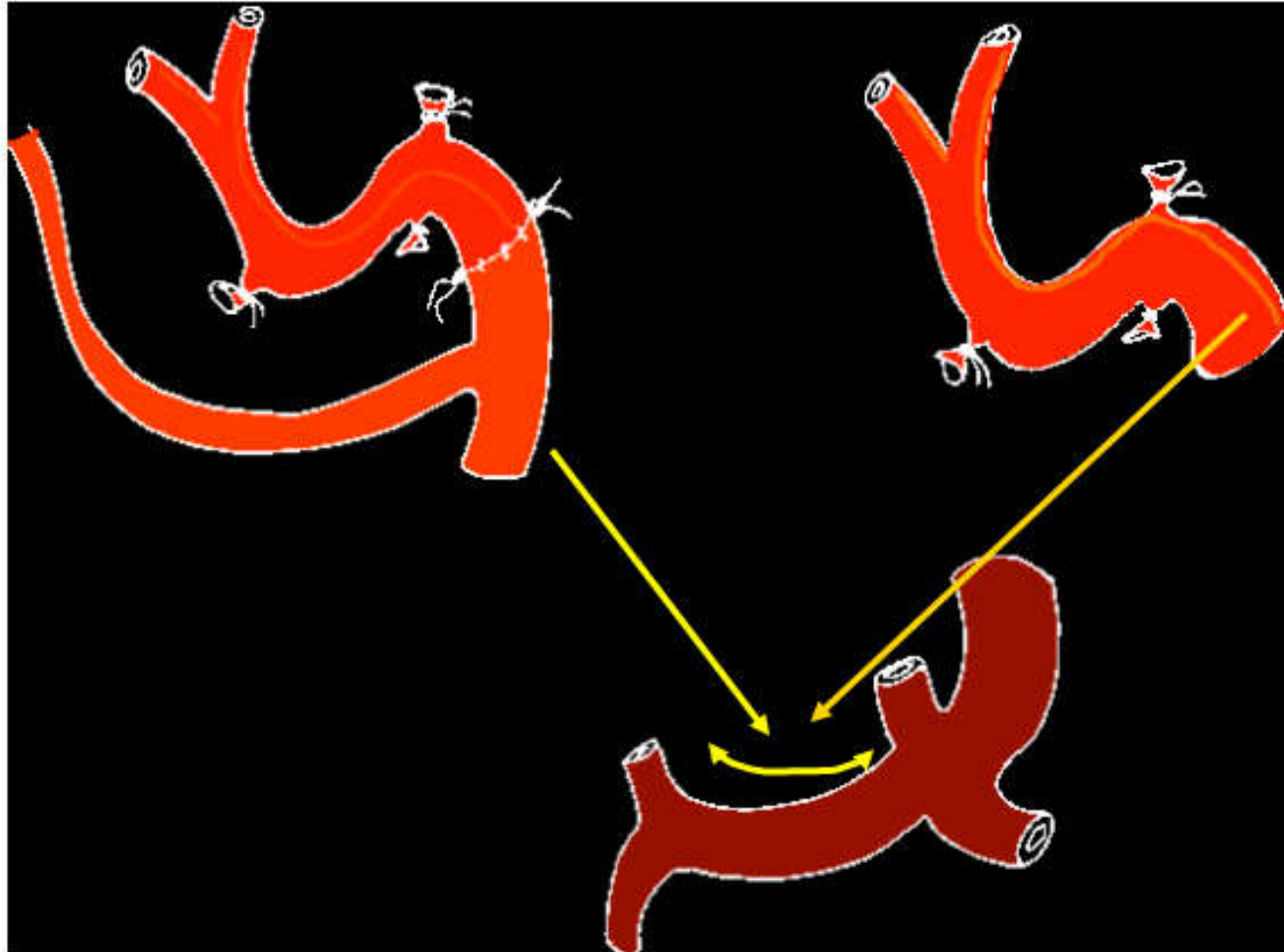


Ghép “kinh điển”

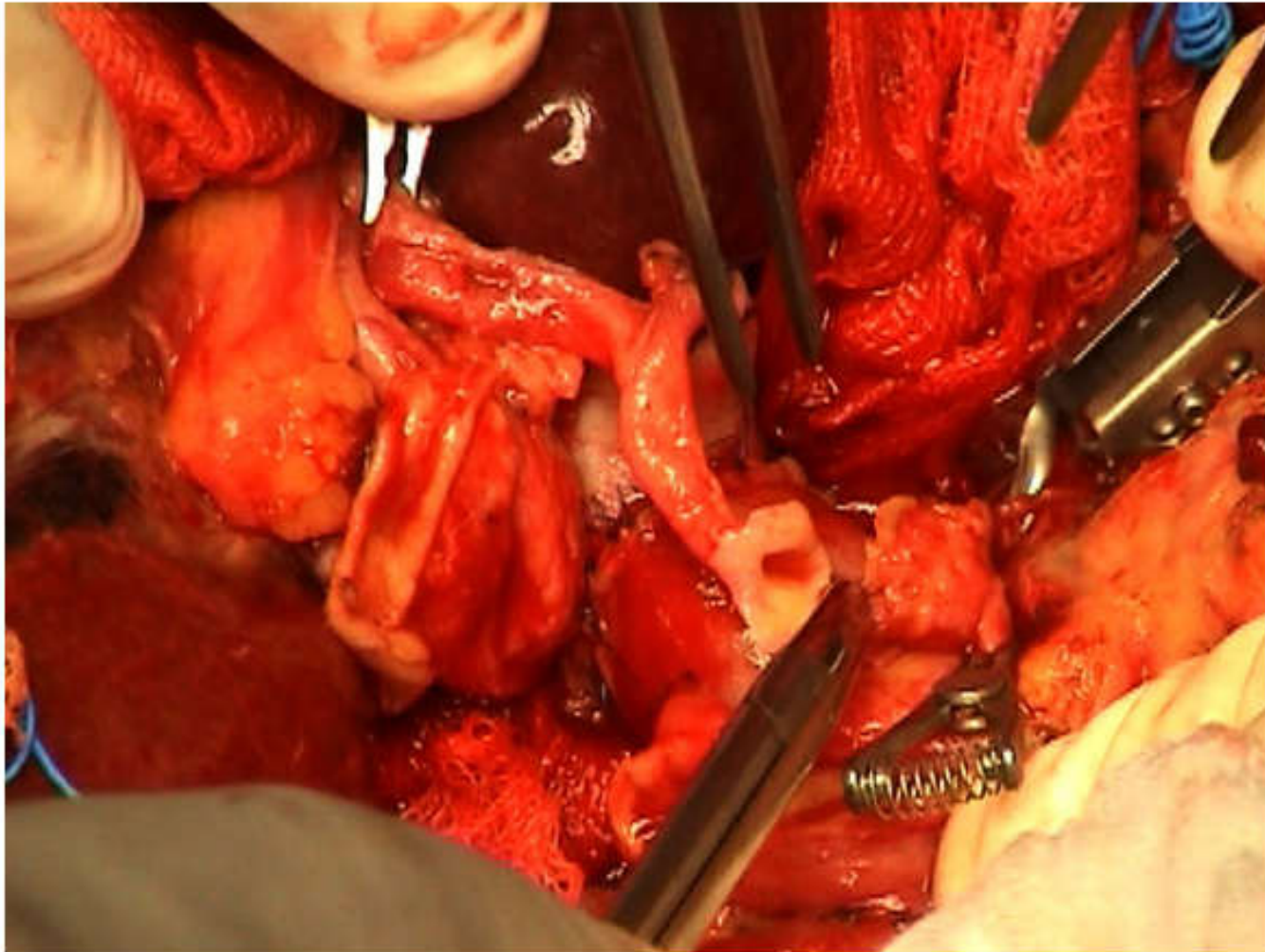


- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ-chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kẹp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

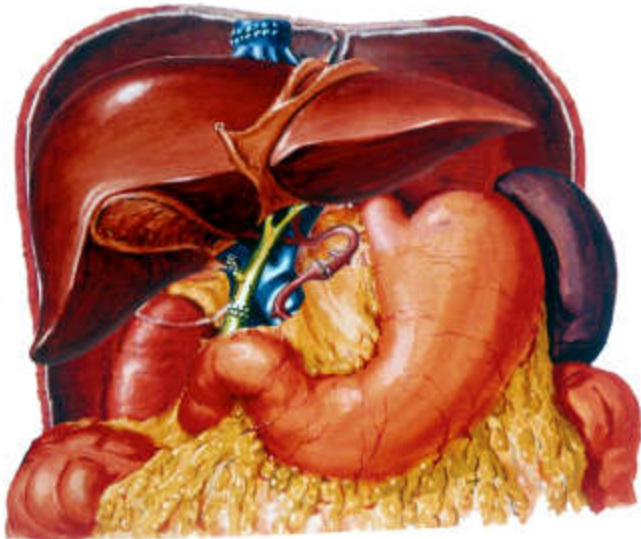
Nối động mạch



Nối động mạch



Ghép “kinh điển”



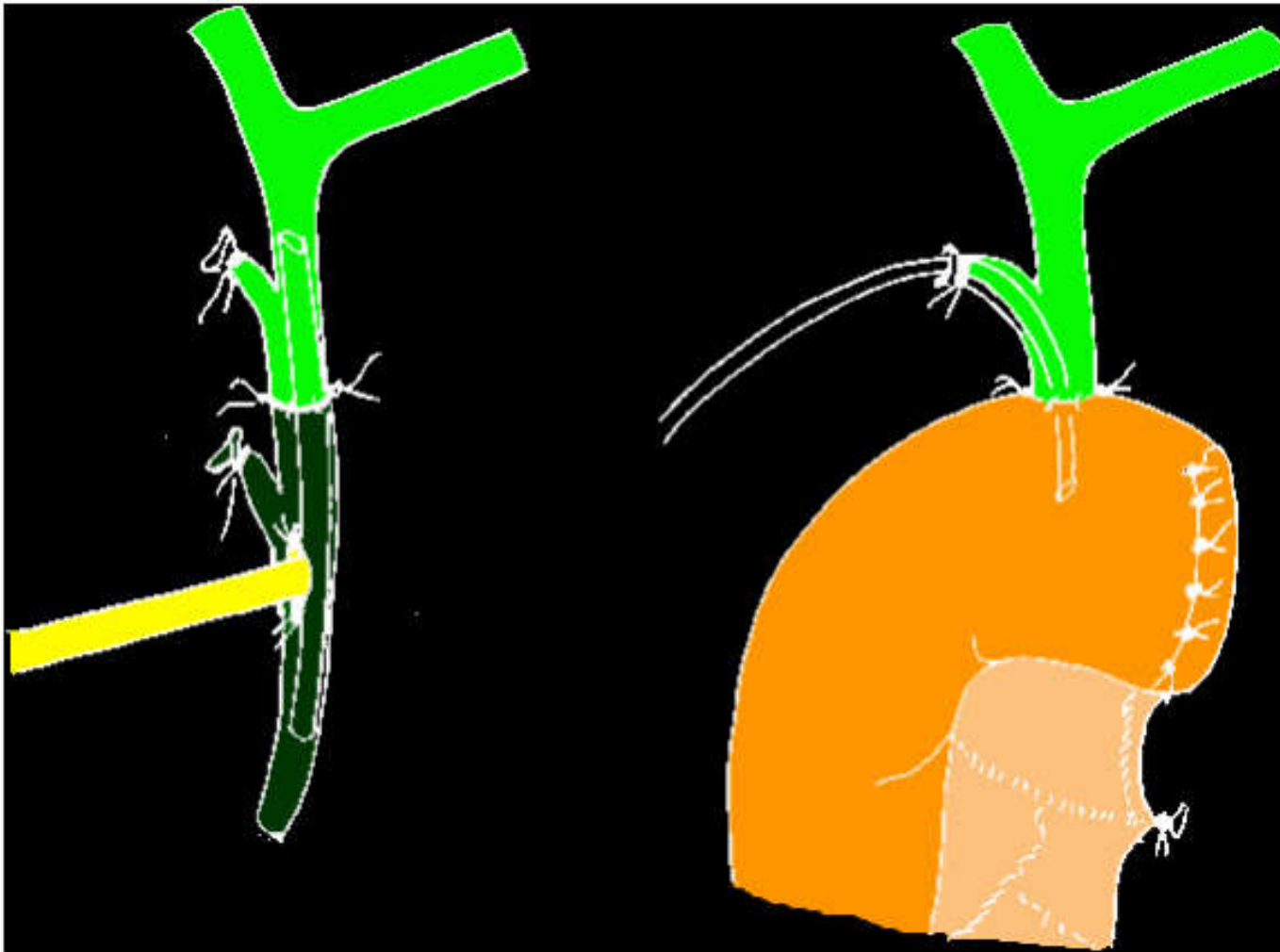
- Pha I: phẫu tích mạch máu, cắt gan người cho kèm theo cắt TM chủ dưới +/- TH ngoài cơ thể
- Pha II: pha không gan
- Pha III: đặt gan ghép vào, nối TM chủ chủ trên và dưới gan
- Pha IV: tháo rửa dung dịch bảo quản khỏi gan ghép
- Pha V: nối cửa-cửa
- Pha VI: tháo kẹp TM chủ và tái tưới máu cửa
- Pha VII: tái tạo động mạch và tái tưới máu động mạch
- Pha VIII: khoảng dừng để cầm máu
- Pha IX: phục hồi đường mật

Khoảng dừng để cầm máu

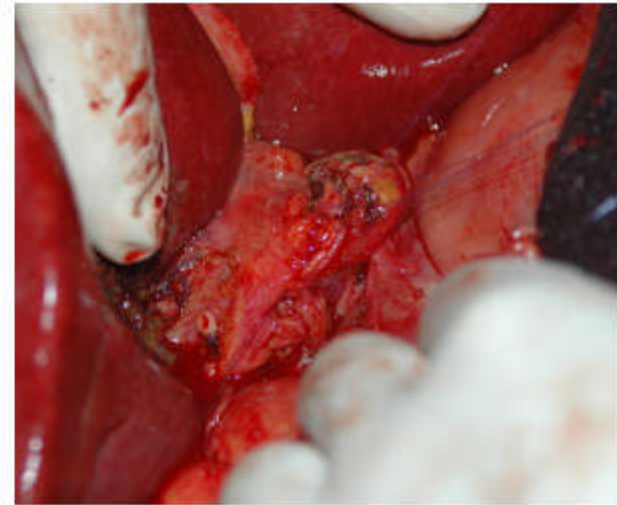
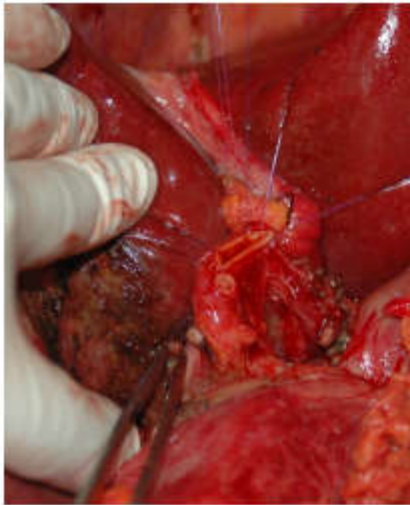


- Tối cần thiết
- Tối thiểu 20 phút
- Làm trước hay sau khi phục hồi đường mật?

Đường mật



Nối đường mật



- Đường mật ngắn và phải loại trừ phần ống túi mật
- Nối với chỉ PDS 6.0
- Khâu liên tục mặt sau, khâu mũi rời mặt trước

Ghép gan là một phẫu thuật rất lớn...

- 2651 TH ghép ngoài cấp cứu

	Số lượng	Độ dao động
Truyền HC lắng	8	0 – 95
Huyết tương tươi đông lạnh	15	0 – 226
Thời gian	9h45	3h10 – 29h
Thời gian thiếu máu lạnh	7h30	3h – 15h30



Về hồi sức...

- Thuốc ức chế miễn dịch được bắt đầu trong khi ghép
- Điều trị với heparin hoặc aspirin + heparin ngay khi có thể
- Xét nghiệm tổng kê 2 lần/ngày
- Làm SA doppler hằng ngày (từ ngày 1 đến ngày 7) đo chỉ số kháng lực ($nle = 0.6$)

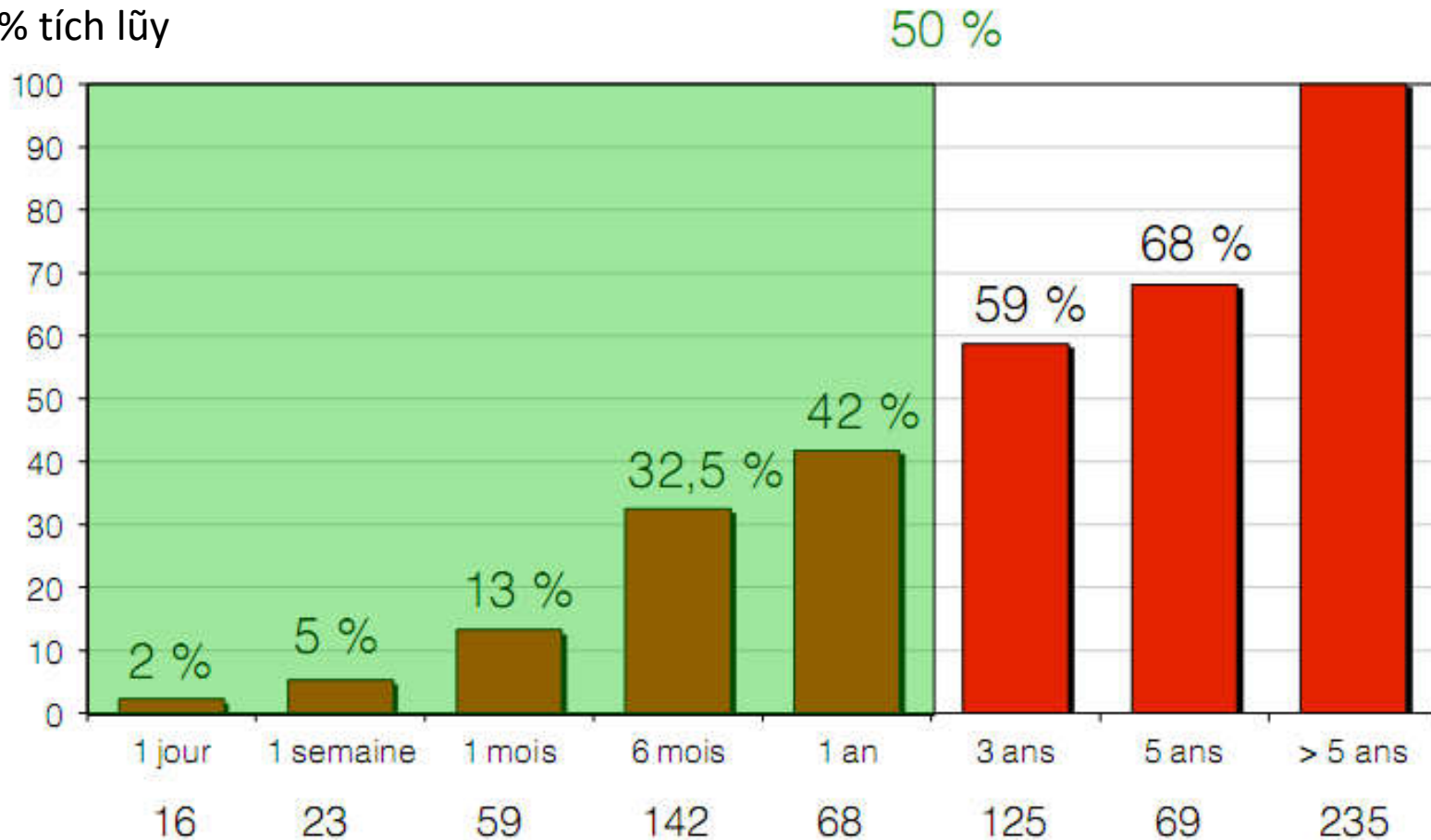
nếu chỉ số kháng lực < 0.4
hủy TB gan nghiêm trọng
rò mật



Chụp CT scan
có cản quang

Tử vong sau ghép

Tỉ lệ % tích lũy



Biến chứng đặc hiệu: chảy máu sau mổ

- Máu tụ sau gan hoặc quanh gan
 - Không có chỉ định can thiệp cấp cứu (nhất là khi quá gần thời điểm ghép)
 - Chờ đợi cải thiện các XN sinh hóa
- Chỉ định phẫu thuật ngoài tình trạng sốc
 - Kháng đông cần thiết vì nguy cơ cao thuyên tắc ĐM
 - Hủy TB gan do chèn ép gan
 - Mảng tăng quang thì động mạch trên CT scan

Biến chứng đặc hiệu: biến chứng động mạch

- Có nguy cơ tử vong...
- Nhiều loại khác nhau:
 - Giả phình mạch +/- vỡ
 - Hẹp miệng nối hoặc gấp góc ĐM
 - Thuyên tắc ĐM sớm
 - Thuyên tắc ĐM muộn (> 1 tháng)
- Về lâm sàng không có suy gan gì cả...
- Phải được phát hiện càng sớm càng tốt để điều trị, vai trò của HA học

Biến chứng đặc hiệu: biến chứng đường mật

- Ứ mật và giãn đường mật trong gan
 - SA doppler, MRI đường mật, chụp đường mật qua da
- Bất thường đường mật
 - Lan tỏa
 - + Thương tổn do bảo quản
 - + Thuyên tắc ĐM
 - Hẹp
 - + Hẹp miệng nối
 - + Hẹp không tại miệng nối (viêm đường mật thiếu máu, bệnh đường mật tái diễn: viêm ĐM xơ hóa nguyên phát, bệnh tự miễn...)

Tổ chức ghép gan: Sau ghép

- Cơ quan quản lý chỉ định đích danh BN đăng kí



- Lấy tạng
- Ghép tạng

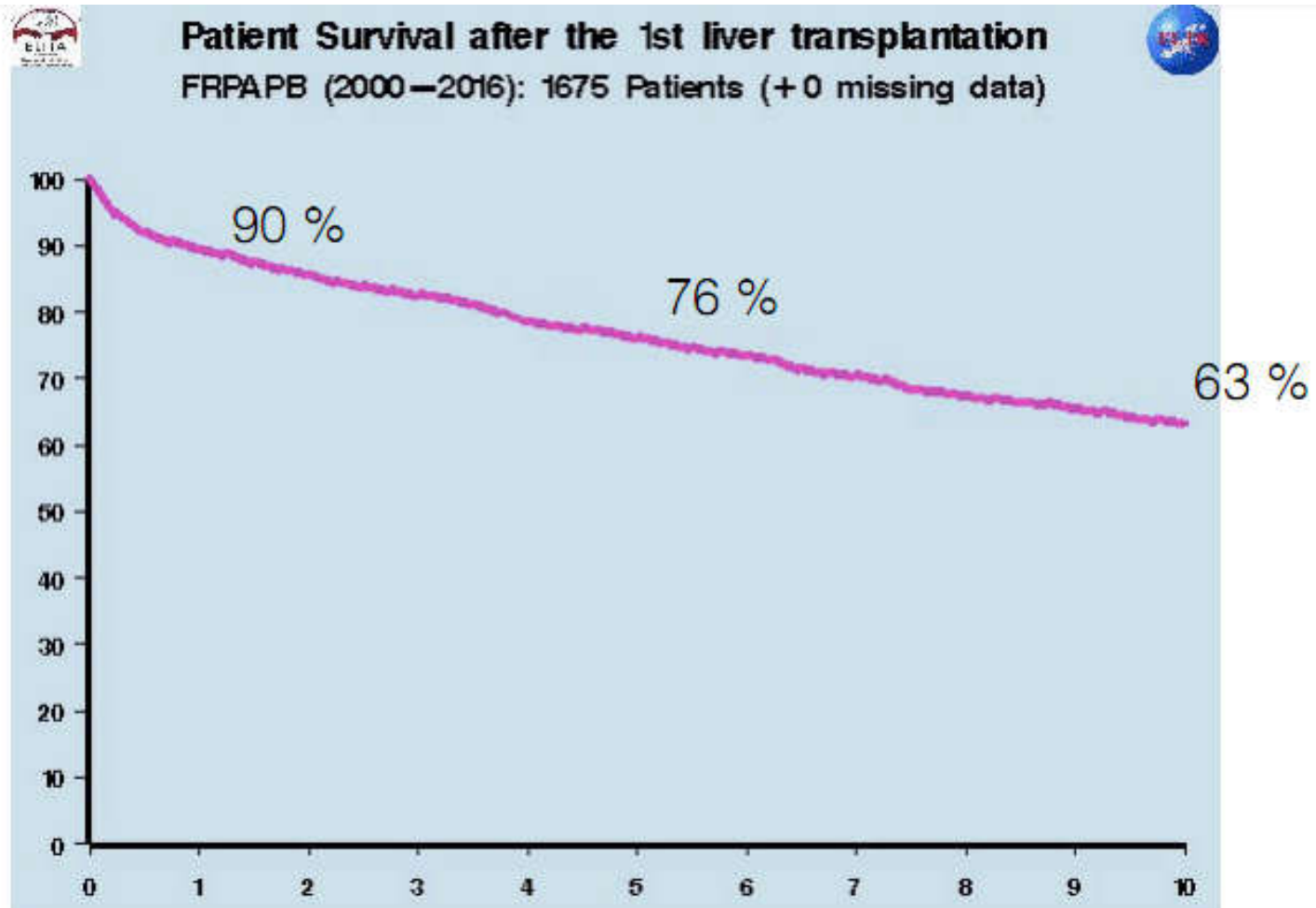


- Theo dõi sau ghép

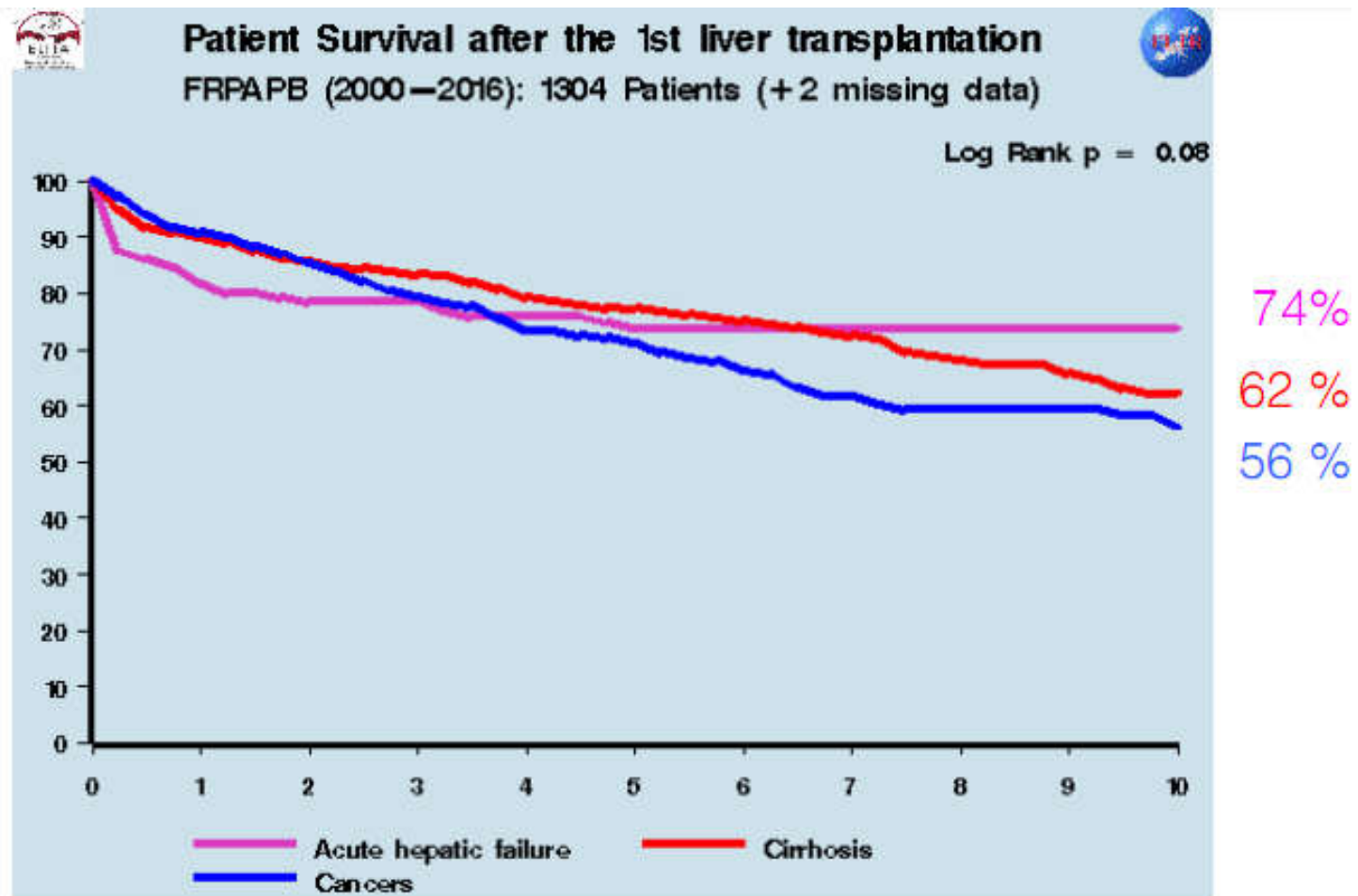
Theo dõi sau ghép

- Cần điều trị ức chế miễn dịch suốt đời: steroid, ciclosporin, tacrolimus, sirolimus, rapamycin...
- Cần theo dõi suốt đời:
 - Tái khám mỗi 2 tuần trong 3 tháng đầu
 - Tái khám mỗi 3-4 tháng trong năm đầu
 - Tái khám mỗi 6 tháng sau đó
- Nguy cơ thải ghép suốt đời
 - Nguy cơ thải ghép đòi hỏi điều trị chuyên biệt: 31%
 - Ghép lại do thải ghép: sớm 3%, muộn 5%

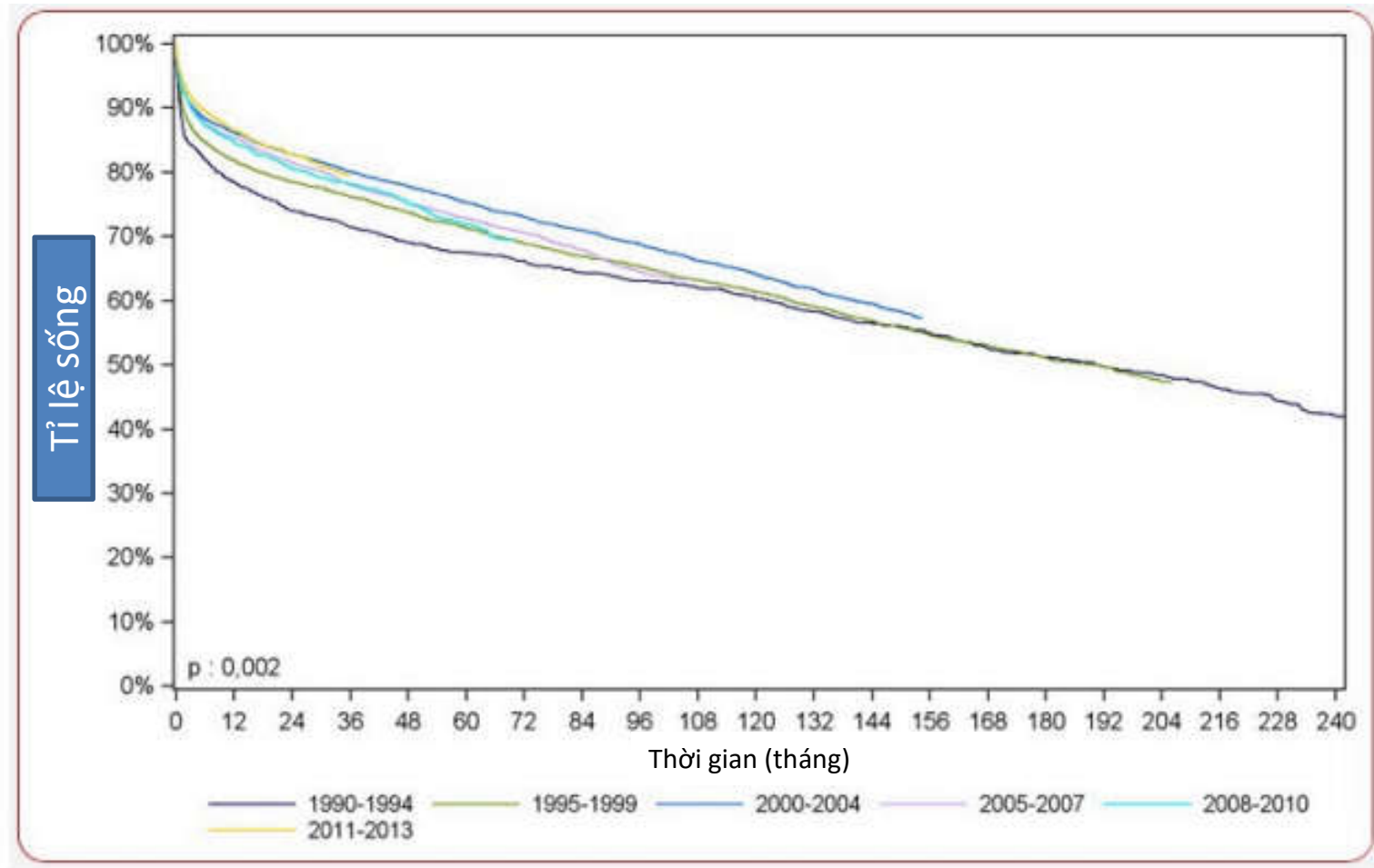
Kinh nghiệm TT Gan mật BV Paul Brousse: 1974-2016: 3387 ghép – 2992 BN



Kinh nghiệm TT Gan mật BV Paul Brousse: 1974-2016: 3387 ghép – 2992 BN



Vì kết quả ghép cải thiện dần...



Vì tình trạng BN được ghép gan rất tốt...

- Kinh nghiệm của BV Paul Brousse:
 - 1244 nữ, tuổi trung bình 48,4
 - 90 phụ nữ đã có 1 con, 20 có 2 con và 5 có 3 con
 - ...



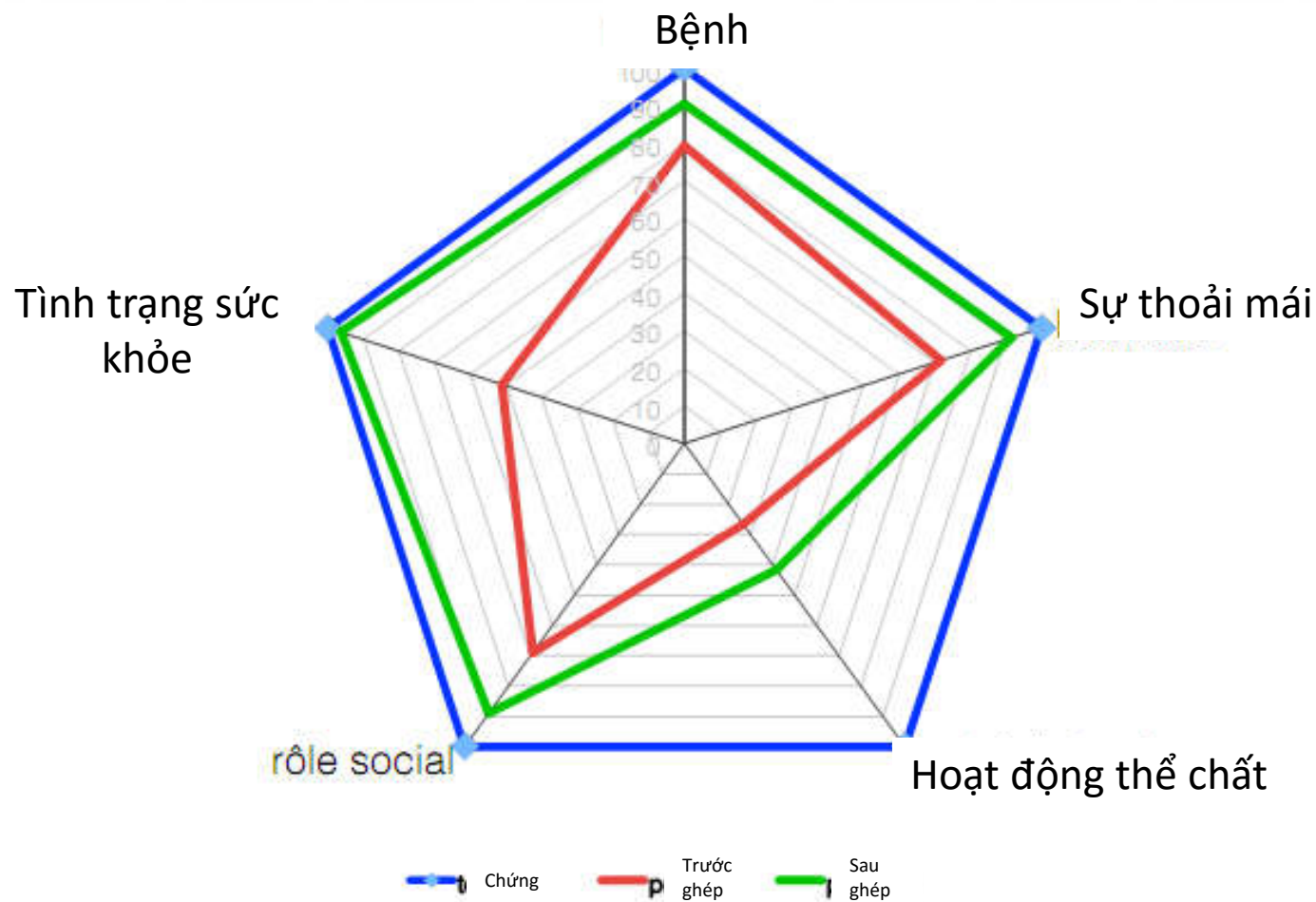
Vì tình trạng BN được ghép gan rất tốt...



- Hậu vệ người Pháp của CLB Barcelona, Eric Abidal, đã tái xuất hôm thứ 7, ngày 6 tháng 4 trong trận thắng Real Mallorca (5-0) trong khuôn khổ La Liga sau gần 1 năm được ghép gan điều trị ung thư. Anh là cầu thủ cao tuổi nhất (33 tuổi) trong trận đấu cuối cùng cho tuyển QG Pháp gặp Đức (thắng 2-1) vào ngày 28 tháng 2 năm 2012.

Vì chất lượng sống rất tốt

Tự BN trải nghiệm – kết quả tính theo % so với mức bình thường sau 1 năm, có điều chỉnh theo giới và tuổi



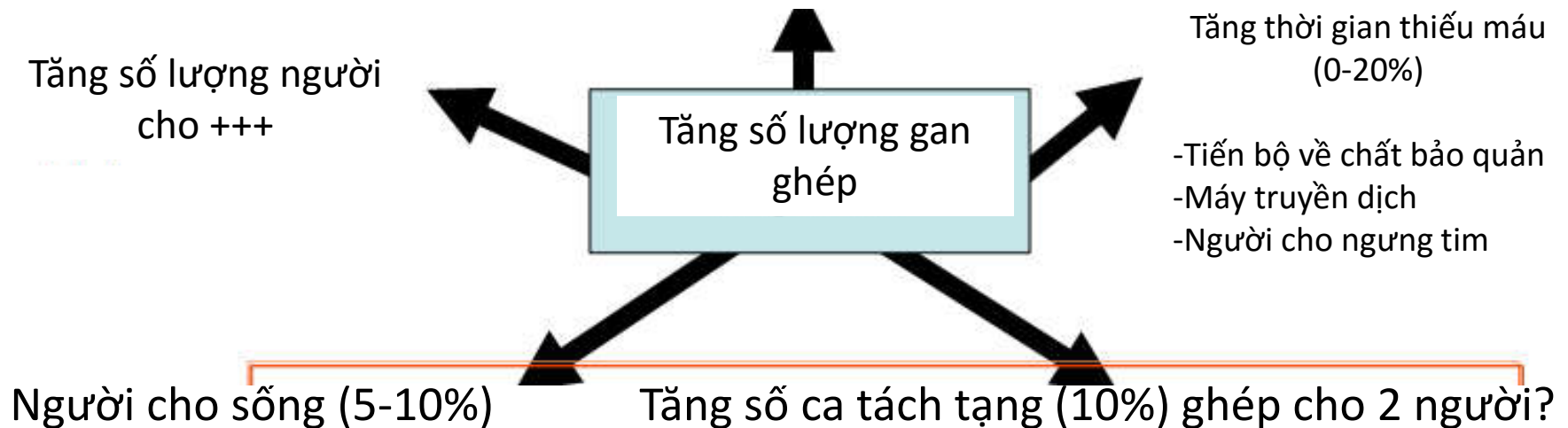
Vì vậy...

- Có những hiểu biết nhiều hơn về kết quả sau ghép
 - Có hiểu biết nhiều hơn về các bệnh về gan
 - Luôn không có gan nhân tạo...
-
- Điều đó làm gia tăng số người chờ ghép
 - Và dẫn đến thiếu gan ghép

Giải pháp

Sử dụng gan ghép từ người cho dưới tiêu chuẩn cho phép (10-20%)

- Tuổi người cho: tới giới hạn nào cao hay thấp?
- Bệnh gan (nhiễm mỡ, viêm gan mạn)
- Bệnh chuyển hóa=dây chuyền (thoái biến amyloid)



% tác động tiềm năng tới việc ghép gan

Age Greater Than 50 Years Is Not A Contraindication for Liver Donation

Transplant Proc 1991

R. Adam, I. Astarcioglu, D. Azoulay, M. Morino, Y.M. Bao, D. Castaing, and H. Bismuth

WITH the improving results of liver transplantation (LT) and the rapid extension of indications for liver grafting, the subsequent shortage of suitable organ donors has become the most serious problem in liver transplantation. As a result, it has been reported that 24% of patients listed for liver transplantation in the United States in 1989 died without benefit of transplantation.¹ This has led to the development of new procedures aimed at expanding the number of grafts, such as split-livers² or live-donor grafts³, and the critical need for increasing the donor pool has led to the revision of accepted criteria for selection of donors. Donor age is one of the criteria used for the selection of liver grafts, and an age of 50 years has been arbitrarily considered by most teams as the upper age limit for donation.⁴ However, aging of the liver is questioned,⁵ and the limited supply of grafts has led us to use older donor livers for hepatic transplantation.

Table 1. Comparison of Cause of Death and Liver Function in Donors Below or Above 50 Years of Age

	<50 Years	>50 Years	Student's <i>t</i> test
Number of Grafts	500	43	
Donor age (years)	27 ± 11	53 ± 3	<0.001
Trauma	58%	20%	<0.001*
Cerebral hemorrhage	22%	65%	<0.001*
Others	20%	15%	NS
S. bilirubin (μmol/L)	19 ± 15	14 ± 7	<0.005
SGOT (IU/L)	63 ± 93	36 ± 33	<0.001
SGPT (IU/L)	47 ± 74	28 ± 20	<0.001
PT (%)	64 ± 20	71 ± 22	NS
Steatosis	18%	30%	<0.05*
Recipient age (y)	39 ± 14	39 ± 14	NS
Urgent liver transplant	28%	46%	<0.02*
1st Graft	90%	89%	NS
ABO incompatibility	6%	5%	NS

*Chi-square test.

SAFE USE OF HEPATIC ALLOGRAFTS FROM DONORS OLDER THAN 70 YEARS¹

SUKRU EMRE,^{2,3} MYRON E. SCHWARTZ,² GULUM ALTACA,² PAUL SETHI,² M. ISABEL FIEL,⁴
STEPHEN R. GUY,² DYMENA M. KELLY,² ANTHONY SEBASTIAN,² ADRIAN FISHER,² DENISE EICKMEYER,⁵
PATRICIA A. SHEINER,² AND CHARLES M. MILLER²

*Division of Liver Transplantation, Department of Surgery, The Lillian and Hans Popper Department of Pathology, and
Department of Nursing, Mount Sinai Medical Center, New York, New York 10029*

Between March 1991 and August 1995, 36 livers from donors ≥ 70 years old were transplanted. In donors, we recorded the following risk factors: alanine aminotransferase > 120 and rising, dopamine dose $> 15 \mu\text{g/kg/min}$, hypotension (systolic blood pressure < 80) > 1 hr, stay in the intensive care unit > 5 days, and body mass index ≥ 27 . In 35 recipients, we recorded pretransplant United Network for Organ Sharing (UNOS) status.

for preservation, and improvements in postoperative care and immunosuppression have been the key factors in improved outcomes. On the other hand, the severe, persistent shortage of donor organs continues to limit the number of transplants. According to United Network for Organ Sharing (UNOS) data, during 1993 and 1994, there was only a 2% increase in the number of donors, while the number of can-

0041-1337/99/6804-572/0

TRANSPLANTATION

Copyright © 1999 by Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Vol. 68, 572-591, No. 4, August 27, 1999

Printed in U.S.A.

Transplantation[®]

BRIEF COMMUNICATIONS

USE OF OCTOGENARIAN LIVERS SAFELY EXPANDS THE DONOR POOL

CARLOS JIMÉNEZ ROMERO,^{1,2} ENRIQUE MORENO GONZÁLEZ,² FRANCISCO COLINA RUÍZ,³
FERMIN PALMA CARAZO,² CARMELO LOINAZ SEGUROLA,² FRANCISCO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ,²
IGNACIO GONZÁLEZ PINTO,² IGNACIO GARCÍA GARCÍA,² DOLORES RODRÍGUEZ ROMANO,² AND
CARLOS MORENO SANZ²

*Department of General and Digestive Surgery and Organ Transplantation, Department of Pathology, Hospital
Universitario Doce de Octubre, Madrid, Spain*

Vài số liệu ở TT Gan mật từ 1974-2015

- 3387 TH ghép gan trên 2992 BN
 - 395 TH ghép gan lại
 - 205 TH ghép gan-thận
 - 6 TH ghép gan-tim
 - 2 TH ghép gan-ruột
 - Nguồn tạng ghép:
 - + 3099 gan từ người chết não
 - + 165 ghép dây chuyền (domino)
 - + 123 người cho sống

