

تنگی محل اتصال حالب به لگنچه

دکتر ناصر مرادی *

خلاصه:

تعداد ۴۶ مورد بیمار با تشخیص *UPJO*^(۱) از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۶ برحسب جنس، سن، علائم بالینی و تدابیر درمانی بررسی شدند و با توجه به شیوع و عواقب این آنومالی بر لزوم توجه بیشتر و تشخیص زودتر و درمان بموقع تأکید شده است.

واژه‌های کلیدی: ایران، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، تنگی محل اتصال، حالب، لگنچه.

مقدمه:

و عوارض حاصل از *UPJO* به عواملی چون میزان کارکرد کلیه، میزان دیورز، شدت تنگی و نیز قابلیت لگنچه برای گشاد شدن بستگی دارد. (لگنچه‌های خارج کلیوی انسداد را بهتر تحمل می‌کنند تا لگنچه‌های داخل کلیوی).

از نظر بالینی *UPJO* تظاهرات متنوعی دارد: توده شکمی در نوزادان، اشکال در تغذیه و رشد کودک، عفونت ادراری، *Sepsis*، دردهای مبهم شکم بصورت متناوب و یا در بالای شکم که گاهی با استفراغ همراه است، درد پهلو که با مواد مدر بروز می‌کند، هماتوری که ممکن است بدنبال تروماهای خفیف بروز کند؛ فشار خون و در نهایت *UPJO* های بدون علامت واضح (۱ و ۳ و ۴).

برای تشخیص این آنومالی اولتراسونوگرافی قبل و

نوریت های متعددی در اورولوژی اطفال ذکر شده است که یکی از آنها انسداد دستگاه ادراری و *UPJO* از شایعترین آنها است. در بررسی‌های انجام شده قبل از تولد که با سونوگرافی بعمل آمده در $\frac{1}{1500}$ تا $\frac{1}{800}$ جنین مشاهده شد و حدود نیمی از این تعداد (۲)، بعد از تولد نیز انسداد قابل ملاحظه داشته‌اند. این آنومالی که اکثراً بععل *Intrinsic* و بصورت فونکسیونل می‌باشد، بیشتر در پسرها (۵ به ۲) و نیز طرف چپ (۵ به ۲) و حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد بصورت دو طرفه دیده می‌شوند (۱ و ۳).

انسداد در دستگاه ادراری علی‌الخصوص در سنین طفولیت می‌تواند به تخریب جبران ناپذیر کلیه‌ها منجر شود. تغییرات پاتوفیزیولوژیک شامل کاهش *GFR*، افزایش کراتینین، کاهش جریان خون کلیه، کاهش قدرت تغلیظ و کاهش کلیرانس اسید است. تغییرات

* متخصص اورولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان.

۱. تنگی محل اتصال حالب به لگنچه کلیوی (*Uretero - pelvic junction obstruction*)

بعد از تولد (یک هفته بعد از تولد) ، ترانس لومیناسیون ، اسکن های رادیوایزوتوپ (دیورتیک رنوگرام با ^(۱) DTPA و اسکن ^(۲) DMSA برای مشخص شدن نسج باقیمانده کلیه) ، IVP (بعد از یک ماهگی) ، ^(۳) VCUG در مواردی که حالب کلیه معیوب نیز گشاد باشد (۱۰۶) و پیلوگرافی رتروگرا (در بزرگسالان) قابل استفاده اند . در خصوص سونوگرافی قبل از تولد یادآور می شویم که اگر قطر لگنچه بیش از ۱۲ میلی متر باشد ، معمولاً هیدرونفروز در زمان بعد تولد نیز ادامه می یابد. (۲)

راههای درمان عبارتند از :

- ۱- درمان کانسرواتیو و پیگیری آن که در موارد مشکوک و خفیف کفایت می کند .
- ۲- نفروستومی پرکوتانه در نوزادی که وضعیت جسمانی مناسب جهت عمل جراحی ترمیمی را ندارد .
- ۳- پورتوپیلوپلاستی برای برطرف نمودن تنگی و ایجاد یک UPJ^(۴) قیف مانند در پائین ترین قسمت لگنچه که به روش های گوناگون صورت می گیرد .
- ۴- روشهای آندویورولوژی .
- ۵- نفرکتومی ، زمانی که نسج باقیمانده اندک (در اطفال کمتر از ۱۰٪ نسج کلیه) و یا در کلیه تخریب شده که ترمیم قبلی ناموفق بوده است . (۱و۲)

روش مطالعه :

از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۶ تعداد ۴۶ مورد بیمار با تشخیص UPJO ، (طبق جداول ۱ تا ۵) در مرکز

آموزشی - درمانی شفیعیه زنجان مداوا شده اند . در این بررسی ملاحظه میشود که نسبت مذکر به مؤنث تقریباً دو برابر ، سن مراجعه و درمان بیشتر ۵ تا ۲۵ سالگی و تظاهرات بیماری اغلب با درد کلیه ، پهلوی و شکم بوده است . تدابیر درمانی اتخاذ شده ۳۴ مورد پیلوپلاستی ، ۳ مورد نفرکتومی و در ۹ مورد درمان کانسرواتیو بوده است .

با توجه به نتیجه درمان و عمل جراحی در بیماران بنظر می رسد که نتایج عمل در این مرکز اغلب موفق بوده است . طبق آمار منتشره در کتب مرجع و مقالات ، عمل پیلوپلاستی حتی در دوره نوزادی با موفقیت بالا (در حدود ۹۵٪) همراه بوده است . (۱و۲و۶)

نتایج :

UPJO از شایعترین عیوب انسدادی است . این آنومالی بیشتر با سونوگرافی در دوره طفولیت تشخیص داده می شود و علائم مبهمی مثل دردهای پهلوی و شکم اشکال در تغذیه و وزن گرفتن اطفال از تظاهرات شایع بیماری است . برای جلوگیری از تخریب کلیه ها اقدام فوری درمانی ضرورت دارد . در بررسی انجام شده در ۸ مرکز آموزشی - درمانی شفیعیه زنجان بیماران بیشتر در سن ۵ تا ۲۵ سالگی مراجعه نموده و فقط سه مورد در سن زیر یکسالگی با تشخیص UPJO درمان شده اند . نسبت مذکر به مؤنث تقریباً ۲ برابر و درد بعنوان

1- Diethylenetriamine pentaacetic acid

2- Dimercaptosuccinic acid

3- Voiding Cysto - Urethro graphy

4- Uretero - pelvic junction

شایعترین شکایت اصلی در ۳۸ مورد مطرح شده است. جدول شماره ۳: سن بیماران در زمان مراجعه و درمان.

سن بیمار	تعداد
زیر یکسال	۳
۱ تا ۵	۳
۶ تا ۱۰	۶
۱۱ تا ۱۵	۶
۱۶ تا ۲۰	۶
۲۱ تا ۲۵	۷
۲۶ تا ۳۰	۳
۳۱ تا ۳۵	۴
۳۶ تا ۴۰	۳
۴۱ تا ۴۵	۱
۴۶ تا ۵۰	—
۵۱ تا ۵۵	۱
۵۶ تا ۶۰	۱
۶۱ تا ۶۵	۱
۶۶ تا ۷۰	۱
جمع	۴۶

بحث:

UPJO یک بیماری مادرزادی است و با توجه به آمارهای منتشره در منابع وفور بالنسبه بالائی دارد. انسداد در دستگاه ادراری علی الخصوص در سنین طفولیت می تواند به تخریب جبران ناپذیر کلیه ها منجر شود. در بررسی های گوناگون مشاهده شد که رفع این انسداد و در سنین زیر یکسالگی بخصوص زیر شش ماهگی با پیلوپلاستی بیشترین نتیجه را از نظر بازگشت فونکسیون کلیه دارد. ولی ترمیم و رفع انسداد در

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران برحسب جنسیت.

جنس	تعداد	درصد
مذکر	۳۰	۶۵/۲
مونث	۱۶	۳۴/۸
جمع	۴۶	۱۰۰

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی بیماران در سال های ۷۱ لغایت ۷۶. جدول شماره ۴: توزیع فراوانی بیماران برحسب علت مراجعه (شکایت اصلی).

علت مراجعه (علامت)	تعداد
درد کلیه (پهلوشکم)	۳۸
تب و لوز	۱
توده شکمی	۱
خونریزی ادراری	۳
استفراغ مکرر	۲
کمی رشد	۱
جمع	۴۶

سال	تعداد
۷۱	۴
۷۲	۷
۷۳	۹
۷۴	۱۰
۷۵	۸
۷۶	۹
جمع	۴۶

ادراری و بشکل دردهای مبهم شکم در هنگام تغذیه و نیز اشکال در وزن گرفتن اطفال می باشد .

کتابنامه :

- 1 - Walsh P.C , Retic , A.B., etal , Campbell's urology 6th ed . Saunders co - 1992 p.1393 - 1401 , 2482 - 2489.
- 2 - Kelalis p.p , king L.R., Belman A.B., Clinical ped .urology , third ed . Saunders co . 1992 P.693 - 725.
- 3 - Tanago E.A., McAninch J.W. Smith's General urology 14th ed . Lange med . Publicationis , 1995 p.632 - 634.
- 4 - Behrman R.E, Vaughan V.C ., Nelson Textbook of pediatrics 13 th ed . Saunders co. 1987 P.1154 - 1155.
- 5 - Choong - KK , Gruenwald - SM &... volume expanded diuretic renography in the postnatal assessment of suspected UPJO , J. Nucl .Med . 1992 Des . 33 (12) ; 2094 - 8 .
- 6 . Rushton - HG, Salem - Y &... pediatric pyeloplasty , J . Urol . 1994 Aug ; 152(2 pt2) : 604 - 6.

جدول شماره ۵ : توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران برحسب درمان های انجام شده .

نوع درمان	تعداد	درصد
پیلوپلاستی	۳۴	۷۳/۹
نفرکتومی	۳	۶/۵
نفروستومی پرکوتانه ، درمان دارویی و یادابل جی	۹	۱۹/۶
جمع	۴۶	۱۰۰

سنین بالاتر فقط از تخریب بیشتر کلیه جلوگیری می کند . بنابراین تشخیص و درمان بایستی در دوران شیر خواری و ترجیحاً زیر ۶ ماهگی باشد و نه آنگونه که آمار نشان می دهد بیشتر در ۵ تا ۲۵ سالگی .
با توجه به آمار جمعیتی بنظر می رسد که تعداد بیماران این استان بایستی بیش از موارد ذکر شده باشد و لذا استفاده از سونوگرافی برای تشخیص این آنومالی در نوزادان و تحقیق و بررسی بیشتر در این زمینه توصیه می گردد.

همچنین توجه اطباء عمومی و متخصصین اطفال را به این موضوع جلب می کنم که تظاهرات شایع این بیماری در اغلب موارد بصورت غیر مرتبط به دستگاه