

## دفع خودبخودی تنه استنت دبل جی فراموش شده

دکتر مسعود اعتمادیان<sup>۱</sup>، دکتر رباب مقصودی<sup>۲</sup>، دکتر پژمان شادپور<sup>۳</sup>،  
دکتر محمدرضا مختاری<sup>۴\*</sup>، دکتر بهکام رضایی مهر<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: 90/09/10 تاریخ پذیرش: 90/10/23

## چکیده

استنت دبل جی در درمان سنگ‌های حالبی و سنگ‌های درشت کلیه به منظور اطمینان از درناژ و عملکرد کلیه در طی درمان استفاده می‌شود (۱). گرچه استفاده از آن‌ها بی‌خطر است اما عوارض زودرس مثل درد، علائم تحریکی، هماچوری، عفوت و حتی یوروسپسیس گزارش شده است. عوارض تأخیری مثل مهاجرت استنت، کلسیفیکاسیون، قطعه قطعه شدن و حتی ایجاد کیستول بین حالب و عروق ایلیاک گزارش شده است (۲). ما یک مورد بیمار با دبل جی فراموش شده سه ساله که پروگزیمال و دیستال سنگ بسته و قسمت میانی حالب خودبخود از بین رفته و منجر به هیدرونفروز و علائم تحریکی ادرار اخیر در بیمار شده بود گزارش می‌کنیم.

**کلید واژه‌ها:** استنت دبل جی، سنگ‌های حالبی، کلیه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره اول، ص ۸۱-۷۹، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: تهران خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان والی نژاد بیمارستان هاشمی نژاد، مرکز توسعه تحقیقات بالینی هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، تلفن: ۰۹۱۴۴۴۰۸۴۷۰

Email: Dr\_mokhtari\_md@yahoo.com

## معرفی بیمار

آقای ۴۰ ساله با سابقه سنگ شکنی داخل حالبی (TUL) سه سال قبل با علائم فرکوینسی و دیزوری اورجنسی و درد فلانک راست مراجعه نموده در بررسی‌ها به عمل آمده در سونوگرافی کلیه راست نرمال و کلیه چپ هیدرونفروز درجه یک با سنگ ۲ سانتی‌متر در UPI و سنگ ۳ سانتی‌متر در مثانه گزارش شده بود در KUB قسمت فوقانی و تحتانی دبل جی با سنگ نیمه اوپاک در اطراف دبل جی در لگنچه و مثانه قابل مشاهده بود ولی قسمت میانی (تنه) استنت قابل مشاهده نبود و به‌طور خودبخودی دفع شده بود. عملکرد کلیه‌ها نرمال بود و در آنالیز ادراری، هماچوری و پیوری وجود داشت. کشت ادرار منفی بود.

در پیلوگرام وریدی به عمل آمده کلیه راست نرمال و کلیه چپ هیدرونفروز گرید یک با نقص پر شدگی در مثانه قابل مشاهده بود. با توجه به اندازه سنگ لگنچه ابتدا سنگ بیمار سنگ شکنی برون اندامی (ESWL) گردید که دو بار سنگ شکنی ناموفق بود لذا بیمار بستری شده و در یک مرحله عمل جراحی، ابتدا سنگ مثانه سیستولیتوتریپسی گردید و سعی در TUL سنگ محل اتصال حالب و لگنچه شد که به علت رانده شدن سنگ به لگنچه، بیمار تحت PCNL قرار گرفت. استنت کاملاً پوسیده و با کم‌ترین دستکاری متلاشی می‌شد. کاتتر حالبی در طی عمل تعبیه و روز دوم بعد از عمل بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید. در پیگیری دو هفته بعد هیدرونفروز و علائم بیمار برطرف شده بود.

<sup>۱</sup> متخصص ارولوژی، فلوشیپ اندیورولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> متخصص ارولوژی، فلوشیپ اندیورولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> متخصص ارولوژی، فلوشیپ اندیورولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> متخصص ارولوژی، فلوشیپ اندیورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول)

<sup>۵</sup> متخصص ارولوژی، فلوشیپ اندیورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**بحث**

مشکلات متعددی در رابطه با استنت‌های حالی‌ گزارش شده است که یکی از شایع‌ترین آن‌ها فراموشی استنت است (۳،۴). میزان سنگ بستن استنت‌ها به مقدر زیادی به طول زمان باقی ماندن استنت بستگی دارد، بنا به گزارش EL-Fagih و همکارانش احتمال سنگ بستن استنت ۹/۶ درصد در عرض شش هفته و ۴۷/۵ درصد در عرض ۶-۱۲ هفته و ۷۶/۳ درصد در عرض بیش از ۱۲ هفته است لذا خروج سریع‌تر استنت را توصیه می‌کنند (۳). افرادی که استنت آن‌ها به مدت طولانی باقیمانده است احتمالاً نیاز به مداخلات اندیورولوژیک و ESWI برای خروج استنت خواهند داشت (۷-۵). استنت‌ها می‌توانند به طور خودبخودی یا در طی دست‌کاری جهت خروج استنت تکه تکه شوند (۹،۸). آقای کومار و همکارانش نشان دادند که اگر بیش از ۳/۵ ماه از تعبیه استنت گذشته باشد استنت به تکه‌های مختلف شکسته می‌شوند (۱۰) افزایش احتمال سنگ بستن استنت در بین بیماران سنگ ساز مزمین گزارش گردیده است (۱۱). با وجود سعی در کم کردن میزان فراموشی استنت‌های حالی بازه‌ام این موضوع اتفاق می‌افتد و گاهاً منجر به نارسایی کلیوی نیز می‌گردد و از طرف دیگر باعث تحمیل عمل جراحی مازوروهزینه به بیمار و سیستم بهداشتی می‌شود. این مشکلات می‌تواند با کاهش زمان باقی ماندن استنت یا تعویض منظم و با فواصل کم‌تر از شش ماه کاهش یابد از طرف دیگر پیگیری مرتب با KUB و سونوگرافی باعث پیشگیری از عوارض فوق می‌شود (۱۱). هر چند عقیده عمومی بر این است که استنت‌های حالی بایستی به طور منظم تعویض و پس از درمان

کامل خارج شوند با این حال این عوارض به علت فراموشی بیماران و پزشکان معالج اتفاق می‌افتد (۱۲). بیمار ما در مورد اینکه آیا کادر درمانی و پزشک توضیحات لازم را در مورد وجود دبل جی داده بودند با توجه به بعد زمانی اظهار بی‌اطلاعی می‌کرد در مدت سه سال قسمت فوقانی و تحتانی استنت به علت تماس طولانی مدت با ادرار سنگ بسته بود و به نظر می‌رسد با توجه به پوسیده بودن قسمت‌های باقیمانده دبل جی قسمت میانی (تنه) دبل جی به مرور زمان شکسته و قطعه قطعه و بدون ایجاد علامت دفع شده است. به نظر ما غیر از عدم ارایه اطلاعات کامل به بیمار از طرف کادر درمانی یکی دیگر از دلایل فراموشی دبل جی (بی‌توجهی) در بیماران ترس از عمل مجدد و خاطره سونداژ است که منجر به تأخیر در مراجعه یا عدم مراجعه می‌گردد که این موضوع نیز با توضیحات کافی به بیمار و اطمینان بخشی تا حدود زیادی قابل پیشگیری است همچنین دخیل کردن افراد خانواده در روند درمانی بیمار منجر به کاهش قابل توجه موارد فراموشی دبل جی می‌شود.

**نتیجه گیری و پیشنهادات**

بهر حال با وجود همه تمهیدات برای جلوگیری از فراموشی دبل جی این موضوع اتفاق می‌افتد و گاهاً منجر به انجام عمل‌های جراحی در بیماران می‌گردد به نظر ما توضیحات لازم و کافی به بیمار و همراه کردن خانواده در روند درمانی و ایجاد سیستمی در بیمارستان جهت فراخوانی بیماران در زمان مقرر به میزان بسیار زیادی این عارضه را کاهش خواهد داد.

**References:**

1. Singh I, Gupta NP, Hemal AK, Aron M, Seth A, Dogra PN. Severely encrusted polyurethane ureteral stents: management and analysis of potential risk factors. *Urology* 2001; 58:526-31.
2. Ringel A, Richter S, Shalev M, Nissenkorn I. Late complications of ureteral stents. *Eur Urol* 2000; 38:41-4.
3. El-Faqih SR, Shamsuddin AB, Chakrabarti A. Polyurethane internal ureteral stents in treatment of stone patients: morbidity related to indwelling times. *J Urol* 1991; 146:1487-91.
4. Monga M, Klein E, Castaneda-Zuniga WR, Thomas R. The forgotten indwelling ureteral stent: a urological dilemma. *J Urol* 1995; 153:1817-9.
5. Aravantinos E, Gravas S, Karatzas AD, Tzortzis V, Melekos M. Forgotten, encrusted ureteral stents: a challenging problem with an endourologic solution. *J Endourol* 2006; 20:1045-9.
6. Lam JS, Gupta M. Tips and tricks for the management of retained ureteral stents. *J Endourol* 2002; 16:733-41.
7. Bhansali M, Patankar S, Dobhada S. Laparoscopic management of a retained heavily encrusted ureteral stent. *Int J Urol* 2006; 184:141-3.
8. Adsan O, Guner E, Ozturk B, Ataman T, Cetinkaya M. Spontaneous fragmentation of a double J stent. *Int Urol Nephrol* 1997; 29:307-11.

9. Ilker Y, Turkeri L, Dillioglugil O, Akdas A. Spontaneous fracture of indwelling ureteral stents in patients treated with extracorporeal shock wave lithotripsy: two case reports. *Int Urol Nephrol* 1996; 28:15-9.
10. Kumar M, Aron M, Agarwal AK, Gupta NP. Stenturia, an unusual manifestation of spontaneous ureteral stent fragmentation. *Urol Int* 1999; 62:114-6.
11. Gotwald TF, Peschel R, Frauscher F, Neururer R, zur Nedden D, Bartsch G. Indwelling ureteral stent fragmentation with severe encrustation and stone formation. *J Urol* 1985; 134(2): 349-51.
12. Ivil KD, Suresh G. Incorporation of a forgotten stent into the ureteral wall. *J Urol* 2001; 165:1991-3.