

بررسی نتایج یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده در کنترل عوارض حالبی بیماران پیوند کلیه

دکتر محمد رضا محمدی فلاح^۱، دکتر علی تقی زاده افشاری^۲، دکتر علی طهرانچی^۳، دکتر علی غفاری مقدم^۴، منیره ساده دل^۵

تاریخ دریافت 85/10/18، تاریخ پذیرش 85/12/02

چکیده:

پیش زمینه و هدف: عوارض ارولوژیک در ۳۰٪-۱٪ از گیرنده های پیوند کلیه رخ می دهد. این عوارض شامل: تنگی حالب که می تواند هر قسمت از آن را از UVJ (شایع ترین محل) تا UPJ درگیر کند، لیک ادراری، نکروز ایسکمیک حالب، رفلاکس، فیستول ادراری، هماچوری و تشکیل سنگ است. چندین تکنیک جراحی برای درمان این عوارض به کار می رود که یکی از آنها یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده است. در این مطالعه ما نتایج یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده را در ۷ بیمار پیوند کلیه که دچار عوارض حالبی شده اند بررسی می کنیم و مزایا و معایب و عوارض این روش را بیان نموده و نتیجه خواهیم گرفت که آیا یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده می تواند جانشین مناسبی برای درمان عوارض حالبی بیماران پیوند کلیه باشد یا خیر؟

مواد و روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی طراحی شد. جامعه آماری شامل بیماران پیوند کلیه ای بود که از بهمن سال ۱۳۸۳ تا بهمن سال ۱۳۸۴ به دلیل عوارض حالبی به مرکز پیوند کلیه ما مراجعه نموده اند و تحت یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده قرار گرفته اند. داده های لازم از طریق مصاحبه با بیماران و معاینه و پرونده پزشکی و درمانگاهی آنان جمع آوری و ثبت شد و در پیگیری های بعدی بیماران این داده ها کنترل شد. نشت ادراری، عفونت ادراری علامت دار، تب، هیدرونفروز در کلیه پیوندی و گیرنده قبل و بعد از عمل، درد فلائک و Cr قبل و بعد از عمل و سابقه عمل ناموفق قبلی مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها: از ۱۲۸ بیمار که تحت پیوند کلیه قرار گرفتند ۱۰ بیمار دچار عارضه حالبی شدند (۷/۸٪) که ۷ بیمار تحت عمل یورتروپیلوستومی قرار گرفتند. از ۷ بیمار که تحت یورتروپیلوستومی قرار گرفتند ۴ بیمار تنگی حالب دیستال، ۲ بیمار نکروز حالبی و یک بیمار تنگی محل اتصال حالب به لگنچه داشت. نشت ادراری، درد فلائک در هیچ بیماری دیده نشد. یک بیمار UTI علامت دار داشت که با درمان طبی بهبود یافت. در یک بیمار که هیدرونفروز شدید در کلیه گیرنده راست قبل از عمل داشت ۲ ماه پس از عمل دچار پیونفروز شد. در ۶ بیمار دیگر کارکرد کلیه پیوندی بهبود پیدا کرد و بیماران پس از عمل مشکلی نداشتند.

نتیجه گیری: یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده می تواند جانشین مناسبی برای درمان عوارض حالبی بیماران پیوند کلیه باشد.

کل واژگان: یورتروپیلوستومی، پیوند کلیه، عارضه حالبی

مجله پزشکی ارومیه، سال هجدهم، شماره چهارم، ص ۶۶۴-۶۶۰، زمستان ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه، بخش پیوند، تلفن ۰۹۱۴۱۴۱۷۵۵۵

E-mail: mrmf222tir@msn.com

مقدمه:

دیالیز ایجاد می کند (Dew et al, 1997) و میزان سرویوال آن نیز

بیشتر است (USRDS)(۱).

عوارض جراحی پس از پیوند کلیه به سه دسته تقسیم می شوند (۴):

(۱) ارولوژیک (۲) عروقی (۳) لنفاوی

پیوند کلیه روش ترجیحی درمان برای اغلب بیماران ESRD

می باشد. زیرا این روش cost effective تر است

(Evan&kitzman1988) و زندگی طبیعی تری را نسبت به

^۱ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ استاد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ دستیار ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ استاد یار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۵ کارشناس و مسئول بخش پیوند کلیه بیمارستان امام خمینی ارومیه

عوارض ارولوژیک پیوند کلیه شامل: تنگی حالب که می‌تواند هر قسمت از آن را از UVJ (شایع‌ترین محل) تا UPJ درگیر کند، لیک ادراری، نکروز ایسکمیک حالب، رفلکس، فیستول ادراری، هماچوری و تشکیل سنگ می‌باشد (۱۴،۵). این عوارض در ۳۰-۱٪ از گیرنده‌های پیوند کلیه رخ می‌دهد (۲) که بستگی به تکنیک جراحی، نوع بازسازی حالبی - مثانه ای و منبع کلیه دارد (۳) و نیز به دلایل آسیب ایسکمیک حالب در زمان harvesting، اشکالات تکنیکی اناستوموز و تاخیر در بهبودی اناستوموز ثانویه به مصرف ایمونوسپرسیو و یا حتی rejection رخ می‌دهد (۳).

چندین تکنیک جراحی برای درمان این عوارض به کار می‌رود که شامل یورترونئوسیتوستومی مجدد (۸)، یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب native (۱۹،۱۸،۴،۳،۲)، ileal interposition، یورتروکالیکوستومی و روش‌های اندوارولوژیک از قبیل پرکوتانئوس نفروستومی جهت تعبیه stent (۶،۱۹) یا دیلاتاسیون بالونی حالب (۱۷) و تعبیه رتروگرید Dj (۱۶) می‌باشد.

نتایج یک تحقیق در سال ۱۹۸۱ بر روی ۷ بیمار نشان داد که یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب native روشی انتخابی و نجات بخش در درمان نکروز حالبی پس از پیوند کلیه می‌باشد (۱۹).

در یک مطالعه که در سال ۱۹۹۹ توسط سالومون و همکارانش در ۱۹ بیمار انجام گرفت یورتروپیلوستومی را روشی مطمئن برای درمان عوارض UVJ نشان داد (۲). نتایج یک تحقیق در سال ۲۰۰۰ بر روی ۱۵ بیمار نشان داد که یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده روشی موثر و جایگزین برای درمان عوارض ارولوژیک پس از پیوند کلیه است (۳).

با توجه به اهمیت عوارض ارولوژیک در بقای پیوند و موربیدیت و مورتالیت ناشی از آن، انجام یک مطالعه جهت بررسی بیشتر نتایج روش یورتروپیلوستومی ضروری به نظر می‌رسد.

در این مطالعه ما نتایج یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب native را در ۷ بیمار پیوند کلیه که دچار عوارض حالبی شده اند بررسی می‌کنیم و مزایا و معایب و عوارض این روش را بیان نموده و نتیجه خواهیم گرفت که آیا یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب native می‌تواند جانشین مناسبی برای درمان عوارض حالبی بیماران پیوند کلیه باشد یا خیر؟

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت توصیفی طراحی شد. جامعه آماری شامل بیماران پیوند کلیه ای بود که از بهمن سال ۱۳۸۳ تا بهمن سال

۱۳۸۴ به دلیل عوارض حالبی به مرکز پیوند کلیه ما مراجعه نموده‌اند و تحت یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب native قرار گرفته اند. داده‌های لازم از طریق مصاحبه با بیماران و معاینه و پرونده پزشکی و درمانگاهی آنان جمع آوری و ثبت شد و در پیگیری‌های بعدی بیماران این داده ها کنترل شد.

در این روش با برش low midline و به طریق intra peritoneal حالب native در midportion نمایان می‌شود. با انجام برش بر روی پریتون خلفی حالب نمایان و تا حد ممکن آزاد می‌شود. سپس حالب در قسمت پروگزیمال باسیلیک ۳/۰ ligate می‌شود بدون آن که نفرکتومی کلیه native انجام گیرد، لگنچه کلیه پیوندی آزاد می‌شود و حالب native پس از اسپاچوله شدن و تعبیه استنت ۴F با ویکریل ۴/۰ به لگنچه کلیه پیوندی اناستوموز می‌شود. نشت ادراری، عفونت ادراری علامت دار، تب، هیدرونفروز در کلیه پیوندی و native قبل و بعد از عمل، درد فلانک و Cr قبل و بعد از عمل و نیز سابقه عمل ناموفق مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها

از ۱۲۸ بیمار که تحت پیوند کلیه قرار گرفتند ۱۰ بیمار دچار عارضه حالبی شدند (۷/۸٪) که ۷ بیمار تحت عمل یورتروپیلوستومی قرار گرفتند.

میانگین سنی بیماران ۲۸/۵ سال بود. ۶ بیمار مرد و یک بیمار زن بود. متوسط زمان بین پیوند و یورتروپیلوستومی ۶۲ روز بود. میانگین Cr قبل و بعد از عمل به ترتیب ۴/۳ و ۲/۲ بود. از ۷ بیمار که تحت یورتروپیلوستومی قرار گرفتند ۴ بیمار تنگی حالب دیستال مجاور، ۲ uvj بیمار نکروز حالبی و یک بیمار تنگی upj داشتند. قبل از یورتروپیلوستومی دو بیمار به دلیل نکروز حالب و انسداد تحت PCN و یک بیمار به دلیل تنگی حالب دیستال ناشی از ایسکمی تحت یورترونئوسیتوستومی قرار گرفتند که ناموفق بودند. دو بیماری که نکروز حالبی داشتند دچار آپیسود رد پیوند شدند که درمان با پالس متیل پردنیزولون قرار گرفتند و در یکی از آنها علی رغم رفع انسداد کارکرد کلیه بهبود نیافت. در تمام بیماران با انسداد حالبی علت مراجعه کاهش ادرار و افزایش BUN و Cr بود. از تمام بیماران سونوگرافی به عمل آمد که هیدرونفروز کلیه پیوندی گزارش شد. از تمام بیماران اسکن E.C با لازیکس انجام شد که انسدادی بود. نتایج در جدول ۱ آمده است:

جدول شماره (۱)

تاریخ پیوند	تاریخ عمل	سن	جنس	تشخیص عارضه	سابقه عمل ناموفق	رد پیوند حاد	نوع اناستوموز حالب به مثانه
۸۳/۱۱/۱۳	۸۴/۱/۲۲	۱۶	مرد	نکروز حالب	PCN	دارد	باری-تاگوچی
۸۳/۱۱/۱۵	۸۴/۳/۷	۳۷	مرد	تنگی حالب دیستال	_____	ندارد	باری-تاگوچی
۸۳/۱۱/۲۵	۸۴/۱۲/۲۵	۲۸	مرد	تنگی UVJ	_____	ندارد	باری-تاگوچی
۸۳/۱۲/۴	۸۴/۳/۲۲	۳۴	زن	نکروز حالب	PCN	دارد	باری-تاگوچی
۸۴/۷/۱۹	۸۴/۹/۲۶	۵۰	مرد	تنگی upj	_____	ندارد	باری
۸۴/۷/۲۳	۸۴/۹/۳	۳۵	مرد	تنگی حالب دیستال	_____	ندارد	باری
۸۴/۹/۲۲	۸۴/۱۱/۱۶	۲۴	مرد	تنگی حالب دیستال	UNC	ندارد	باری

PCN، نفروستومی پرکوتانه - UNC، یورترونئوسیتوستومی - UPJ، محل اتصال حالب به لگنچه - UVJ، محل اتصال حالب به مثانه

نفرکتومی راست کلیه native قرار گرفت، یک بیمار نیز دچار پیلونفریت کلیه پیوندی شد که با درمان طبی بهبود یافت، هیچ یک از بیماران درد فلائک و نیز نشت ادراری بعد از عمل نداشت و هموواک حدود روز چهار و Dj حدود چهار هفته پس از عمل خارج شد،
نتایج در جدول ۲ آمده است:

بعد از عمل با توجه به ligation حالب native و عدم نفرکتومی کلیه گیرنده تغییر هیدرونفروز در کلیه native گزارش نشد، درسونوگرافی انجام شده از کلیه های native یک ماه پس از عمل، در ۶ بیمار عدم وجود هیدرونفروز را گزارش کرد و در یک بیمار هیدرونفروز شدید گزارش شد که این بیمار قبل از عمل نیز به علت UPJO هیدرونفروز شدید داشت، این بیمار دو ماه پس از عمل دچار پیونفروز کلیه native راست شد که تحت عمل

جدول شماره (۲)

	درد فلائک بعد از عمل	هیدرونفروز کلیه native		هیدرونفروز کلیه پیوندی		Cr سرم		تنگی حالب بعد از عمل	نشت ادراری بعد از عمل	زمان خروج هموواک (روز)
		ب.ع	ق.ع	ب.ع	ق.ع	ب.ع	ق.ع			
۱	ندارد	ندارد	ندارد	متوسط	۵	۵.۸	۵	ندارد	ندارد	۴
۲	ندارد	ندارد	ندارد	متوسط	۶.۷	۲.۴	۶.۷	ندارد	ندارد	۴
۳	ندارد	ندارد	ندارد	متوسط	۲	۱.۳	۲	ندارد	ندارد	۳
۴	ندارد	شدید	شدید	شدید	۵	۱.۴	۵	ندارد	ندارد	۴
۵	ندارد	ندارد	ندارد	شدید	۳.۷	۱.۹	۳.۷	ندارد	ندارد	۴
۶	ندارد	ندارد	ندارد	شدید	۴.۵	۱.۴	۴.۵	ندارد	ندارد	۴
۷	ندارد	ندارد	ندارد	شدید	۳.۴	۱.۶	۳.۴	ندارد	ندارد	۵

دیستال آزاد می شود، این آزاد سازی حالب نیازمند قطع خون رسانی حالب از شرابین وزیکال فوقانی ولومبار است که می تواند منجر به ایسکمی حالب به ویژه دیستال آن گردد (۳،۲).

بحث
در مرکز ما اهدای کلیه اغلب به صورت unrelated live donor nephrectomy انجام می گیرد و حالب آن همراه با عروق گنادال تا

کاربرد Dj در اناستموز های حالبی منجر به کاهش عوارض حالبی در کوتاه مدت و دراز مدت شده است (۱۹،۱۵،۳،۲). در مرکز ما نیز به طور روتین در اناستموزهای حالبی از استنت استفاده می شود و در این مطالعه نیز هیچ گونه عارضه حالبی در follow up بیماران پس از عمل مشاهده نشد. از معایب این مطالعه یکی تعداد کم بیماران و دیگری مدت کوتاه follow up بیماران (۲ تا ۱۲ ماه) است و انجام مطالعه ای آینده نگر و مقایسه ای با سایر روش های درمانی این عوارض مفید خواهد بود.

پیشنهادهای

یورتروپیلوستومی تکنیک انتخابی در درمان عوارض حالبی بیماران پیوند کلیه می باشد در صورتی که:
(۱) حالب native بیمار intact باشد
(۲) کلیه native قبل از عمل هیدرونفروز نداشته باشد و nonrefluxing باشد
و در نهایت در بیماران با سابقه عمل ناموفق عوارض حالبی پیوند کلیه (پرکوتانئوس نفروستومی - یورتروئوسیتوستومی) یک روش درمان تمام کننده خواهد بود.

نتایج

یورتروپیلوستومی با استفاده از حالب گیرنده می تواند جانشین مناسبی برای درمان عوارض حالبی بیماران پیوند کلیه باشد.

یورتروئوسیتوستومی به دو روش اکستراوزیکال و اینتراوزیکال انجام می گیرد که در مقاله های روش اکسترا و زیکال ارجح تر و با عوارض کمتر همراه بوده است (۱۵،۱۳). در ضمن کاربرد DJ در اناستموزهای یورتروئوسیتوستومی توصیه شده است (۱۵). این روش در مرکز ما به صورت extravesical همراه با تعبیه استنت و به روش باری یا باری - تاگوچی انجام می گیرد. روش یورتروپیلوستومی از آذر ۱۳۸۳ در مرکز ما انجام گرفت. از مزایای این روش این است که اولاً کار در محیط سالم و intact که فیبروز ندارد انجام می گیرد، ثانیاً حالب native خون رسانی مناسبی دارد، ثالثاً حالب native به طور ذاتی دارای مکانیسم آنتی رفلکس است، و در نهایت پیدا کردن سوراخ حالب native و انجام اقدامات اندوارولوژیک بعدی به راحتی امکان پذیر است. مطالعات نشان داده است که در بیماران با نارسایی مزمن کلیه بستن حالب پروگزیمال native که کلیه آن مقادیر بسیار کمی ادرار استریل تولید می کند تاثیر جانبی مضر ندارد (۱۹،۱۸،۳،۲). در این مطالعه تنها در یک بیمار که به علت upjo هیدرونفروز شدید در کلیه native راست داشت یک ماه پس از یورتروپیلوستومی و بستن حالب پروگزیمال native، پیونفروز آن رخ داد و منجر به نفرکتومی کلیه native شد. لذا در صورتی که کلیه native قبل از عمل هیدرونفروز نداشته باشد نفرکتومی آن ضروری نیست.

References

- Atala A, Keating MA. vesicoureteral reflux. In: Walsh P, Retik A, Vaughan D, Wein A. Campbell's Urology. Philadelphia: Saunders Company; 2002. P. 2054
- Salomon L, Saporta F. Results of ureteropyelostomy after ureterovesical anastomosis complications in renal transplantation. Adult Urol 1999; 53: 908-12
- Zavos G, Constantinides C, Manousakas T, Kakisis J, Bokos J, Kostakis A. Ureteropyelostomy with the recipient's native ureter. D&T. 2000; 29:783_794
- Sert S, Demirogullari B. Surgical procedures in complication of renal transplantations. Gazi M J 2000; 11: 65-71
- Shoskes DA, Hanbury D. Urological complications in 1000 consecutive renal transplant recipients. J Urol 1995; 153:18-21
- Glass NR, Fisher DT. Management of ureteral obstruction after transplantation by percutaneous antegrade pyelography and pyeloureterostomy. J Urol 1982; 20:15-9
- Schiff M JR, Lytton B. Secondary ureteropyelostomy in renal transplant recipients. J Urol.1981; 126(6):723-5
- Marzi VL, Filocamo MT. The treatment of fistulae and ureteral stenosis after kidney transplantation. Renal Transplant 2005; 37:2516-7
- Donohue JP, Hostetter M. Ureteropyelostomy versus ureteroneocystostomy. J Urol 1975; 114: 20202-3

10. Greenberg SH, Wein AG. Ureteropyelostomy and ureteroneocystostomy in renal transplantation. J Urol 1977; 118:17-9
11. Perlin DV, Aleksandrov IV. Treatment of vast obliteration after kidney transplantation. J Urol 2004; (1):63-5
12. Tagavi R, Zafargandi R.M. Renal transplantation and ureteroneocystostomy. Transplant Proc J 2003; 35:2660-1
13. Whang M, Geffner S. Urological complications in over 1000 kidney transplants performed at the saint barnabas healthcare system. Transplant Proc J 2003; 35:1375_1377
14. Mangus RS, Hagg BW, Carter CB. Stented lichenoregoid ureteroneocystostomy. J Kidney Transplant 2004; 36:2959-61
15. Pappas P, Stravodimos KG. Prolonged ureteral stenting in obstruction after renal transplantation. Transplant Proc 2004; 36:1398_1401
16. Burgos FJ, Pascual J. Self-expanding metallic stents for treatment of ureteral stenosis after kidney transplantation. Transplant Proc J 2005; 37: 3828-9
17. Glass NR, Fisher DT. Management of ureteral obstruction after transplantation by percutaneous antegrade pyelography and pyeloureterostomy. Urology.1982; 20:15-9
18. Schiff M Jr, Lytton B. Secondary ureteropyelostomy in renal transplant recipients. J Urol.1981; 126(6):723-5.