

بررسی نتایج درمانی بیماران مبتلا به UPJO که در بیمارستان کودکان مفید در بین سال های 1385-1391 تحت عمل پیلوپلاستی قرار گرفته اند.

مجری:

دکتر لیلی مهاجرزاده

چکیده:

سابقه و هدف: UPJO به عنوان انسداد جریان ادرار از لگنچه کلیوی به پروگزیمال حالب اطلاق می‌شود. به علت انتقال فشار برگشتی در لگنچه کلیوی، صدمه کلیوی پیشرونده و تخریب فانکشن کلیوی دیده می‌شود. به علت استفاده گسترده از سونوگرافی و بعد از تولد و بهبودی تکنیک‌های مدرن در شناسایی این پاتولوژی، امروزه UPJO در مراحل اولیه شناسایی می‌شود. هدف از پیلوپلاستی کاهش هیدرونفروز و حفظ فانکشن کلیه است و ارزیابی این هدف به کمک مطالعات رادیوگرافیک و معیارهای بالینی میسر می‌شود. متأسفانه فاکتورهایی که به صورت قطعی تعیین نمایند که کدام کلیه نیازمند جراحی و در کدام مورد ادامه ی درمان کنسرواتیو مفید است، نامشخص است. بعد از جراحی نیز برنامه‌ی، فالوآپ مشخصی برای این کودکان تعیین نشده است. لذا در این تحقیق ما برآنیم که کلیه کودکان مبتلا به UPJO که در بین سال‌های 1385 تا آخر 1390 تحت عمل جراحی پیلوپلاستی قرار گرفته‌اند را مورد مطالعه قرار دهیم و نتایج درمانی آنها به کمک سونوگرافی و ایزوتوپ اسکن و معاینه بالینی را ارزیابی نماییم، تا در صورتیکه مواردی از کودکان به دلایلی از فالوآپ خارج شده‌اند مورد بازبینی قرار گرفته و چنانچه نیازمند اقدام جراحی برای حفظ کلیه خود هستند چشم پوشی نگردند.

مواد و روشها: در این مطالعه کلیه کودکان مبتلا به UPJO که در بین سال های 1385 تا 1391 مورد عمل جراحی پیلوپلاستی یا نفروکتومی یا نفروستومی در بیمارستان مفید قرار گرفته اند، قرار دارند. برای کلیه بیماران پرسشنامه‌ای تهیه شده و مشخصات، سن عمل جراحی، سمپتوم‌های اولین جراحی، بیماری‌های همراه، مطالعات انجام شده قبل از جراحی و نوع عمل جراحی و نوع دایورشن ثبت می‌گردد و سپس برنامه فالوآپ بیماران به صورت آزمایش آنالیز و کشت ادراری ماهانه و سونوگرافی 3 ماه پس از جراحی و اسکن ایزوتوپ (DTPA و DMSA) 6 ماه پس از جراحی پیگیری می‌شود. در صورتیکه برای بیماران برنامه‌ی ذکر شده اجرا شده و بدون مشکل باشد، سونوگرافی سالیانه تا زمان بلوغ درخواست می‌شود ولی در صورتیکه برنامه‌ی پیگیری بیمار نامشخص بوده و یا نتایج فالوآپ آنها مطلوب نبوده در یک فراخوان از آنها سونوگرافی، آزمایش ادرار و ایزوتوپ اسکن گرفته می‌شود. در صورتیکه نیاز به اقدام جراحی باشد به جراح مربوطه جهت ادامه درمان ارجاع داده خواهد شد.

یافته‌ها: در این مطالعه در بین سالهای 1385-1391 تعداد بیماران تحت عمل پیلوپلاستی قرار گرفته 110 عدد بود که از این میان 69% پسر و 31% دختر بوده اند. میانگین سنی بیماران 34.3 ± 31 ماه با دامنه‌ی یک ماه تا 12 سال می‌باشد. میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان 9 روز با حداقل یک روز تا حد اکثر 67 روز بوده است. 55.5 درصد بیماران ساکن تهران و بقیه از مکان‌های دیگر بوده اند. در این مطالعه تنها 5.5% بیماران بی علامت به طور اتفاقی شناسایی شده اند. 49% آنها در سونوی پره ناتال شناسایی شده اند. 11.5 درصد بیماران در بدو مراجعه تب دار بوده اند و 34.5 درصد به علت عفونت ادراری بستری شده اند. درد فلانک پرویدیک در 8.5 درصد بیماران گزارش شد. 7.5 درصد بیماران با علائم شکم حاد بستری شده‌اند و 7 درصد هم‌اچوری ماکروسکوپیک داشته‌اند. 2 درصد به علت توده‌ی شکمی تحت بررسی قرار گرفته‌اند و در نهایت با تشخیص انسداد جانکشن یورتروپلوپیک، پیلوپلاستی شده‌اند. 2 درصد بیماران سابقه ی نفروستومی داشته‌اند. متوسط فشار خون سیستولیک 98 میلی متر جیوه بوده است. کمترین فشار خون سیستولیک 65 و بیشترین 120 می باشد. متوسط فشار خون دیاستولیک 60 میلی متر جیوه بوده است. کمترین فشار خون سیستولیک 35 و بیشترین 90 می باشد. متوسط فشار خون دبا ستولیک 60 میلی متر جیوه بوده است. کمترین فشار خون سیستولیک 35 و بیشترین 90 می باشد. نوع انسداد در 64.5% اینترنیسیک (آدینامیک)، 16.55% اینترالومینال و 2.2% کسترالومینال بوده است. در این بررسی در 68.2% بیماران سمت چپ، 22.7% سمت راست و 5.5% دوطرفه بوده‌اند. در این مطالعه 24.5% بیماران آنومالی همراه داشتند. شایعترین آنومالی همراه ریفلاکس ادراری می‌باشد. میزان ریفلاکس ادراری در کلیه‌ی راست در سیستویورتروگرافی قبل از عمل 18.9% بوده است. میزان ریفلاکس ادراری در کلیه‌ی چپ در سیستویورتروگرافی قبل از عمل 17% بوده است. مثانه نوروپاتی 2.7%، انسداد همزمان جانکشن حالب به مثانه در 1.8%، وجود همزمان سنگ در لگنچه در 4.5، دوپلیکاسیون حالب در 1.8%، کلیه پلی سیستیک

در 1.8% و کلیه نعل اسبی در 2.7% دیده شد. متوسط میزان اوره قبل از عمل 11.5 با میزان کمترین 2 و بیشترین 41 بوده است. متوسط میزان کراتینین قبل از عمل 1/5 با میزان کمترین 3/ و بیشترین 1.9 بوده است. متوسط میزان سدیم قبل از عمل 137 با میزان کمترین 130 و بیشترین 152 بوده است. متوسط میزان پتاسیوم قبل از عمل 4.5 با میزان کمترین 3.1 و بیشترین 6.7 بوده است. متوسط میزان اوره بعد از عمل 12.2 با میزان کمترین 5 و بیشترین 35 بوده است. متوسط میزان کراتینین بعد از عمل 0.58 با میزان کمترین 0.3 و بیشترین 1.1 بوده است. متوسط میزان سدیم بعد از عمل 137 با میزان کمترین 125 و بیشترین 147 بوده است. متوسط میزان پتاسیوم بعد از عمل 4.4 با میزان کمترین 3.6 و بیشترین 5.6 بوده است. متوسط میزان پی هاش ادراری قبل از عمل 5.8 با میزان کمترین 5 و بیشترین 7 بوده است. متاسفانه سونوگرافی قبل از عمل در تعداد بسیار کمی از بیماران در پرونده موجود بود. متوسط سایز کلیه ی راست قبل از عمل 72 میلی متر با کمترین 36 و بیشترین 213 می لی متر می باشد متوسط سایز کلیه چپ قبل از عمل 76 میلی متر با کمترین 45 و بیشترین 140 میلی متر می باشد. متوسط سایز کورتکس کلیه راست قبل از عمل 12 میلی متر با کمترین 3.7 و بیشترین 46 میلی متر می باشد متوسط سایز کورتکس کلیه چپ قبل از عمل 8.8 میلی متر با کمترین 1.5 و بیشترین 20 می لی متر می باشد. متوسط دیامتر لگنچه ی کلیه راست قبل از عمل 27 میلی متر با کمترین 4.7 و بیشترین 47 میلی متر می باشد. متوسط دیامتر لگنچه کلیه چپ قبل از عمل 27 میلی متر با کمترین 5 و بیشترین 87 میلی متر می باشد. البته این اعداد به صورت کلی شامل کلیه سالم و معیوب می باشد. متوسط دیفرانسیال فانکشن در اسکن هسته ای دی ام اس ای قبل از عمل کلیه ی راست 54 درصد با بیشترین میزان 84 و کمترین 34 درصد می باشد متوسط دیفرانسیال فانکشن در اسکن هسته ای دی ام اس ای قبل از عمل کلیه چپ 43.1 درصد با بیشترین میزان 65 و کمترین 8 درصد می باشد. میزان اسکار اسکن هسته ای دی ام اس ای قبل از عمل کلیه چپ 6.7 درصد و در سمت راست بدون اسکار بوده است. در اسکن هسته ای دی تی پی ای قبل از عمل کلیه راست انسداد در 35% به صورت کامل و 58.8% به صورت ناکامل و 5.9% فاقد انسداد بوده است. در اسکن هسته ای دی تی پی ای قبل از عمل کلیه چپ انسداد در 24.5% به صورت کامل و 73.6% به صورت ناکامل و 1.9% فاقد انسداد بوده است. میزان ریفلاکس ادراری در کلیه راست در سیستمیورتروگرافی قبل از عمل 18.9% بوده است. در 37.5% گرید یک و دو و در 25% گرید سه و در 3.7% گرید چهار و پنج می باشد. میزان ریفلاکس ادراری در کلیه چپ در سیستمیورتروگرافی قبل از عمل 17% بوده است. که در 50% گرید یک و دو و در 25% گرید سه و در 25% گرید چهار و پنج می باشد. برای 8 بیمار قبل از عمل در وی سی یو جی ایزوتوپ انجام گردید و در 3 مورد ریفلاکس در سمت راست و در 2 مورد چپ مشاهده شد. 54.5% بیماران قبل از اقدام جراحی تحت درمان کانسرواتیو بوده اند. بیشترین داروی به کار رفته سفالکسین و سپس سفیکسیم می باشد. شایعترین انسزیون به کار رفته دوسال لومبوتومی در 57.3% است. در 32.7% کلاسیک لومبوتومی انجام شد. شایعترین تکنیک به کار رفته دیس ممبران ریداکشن پیلوپلاستی به همراه سوند دابل جی می باشد. در 10.8% بیماران علاوه بر پیلوپلاستی، تیوب نفروستومی نیز انجام شده است. در 4.5% موارد همزمان ریایمپلنت حالب جهت ریفلاکس ادراری انجام شد. 7.3% استنت نفروستومی انجام شد. در 0.9% تنگی محل اتصال حالب به لگنچه ی همزمان ترمیم شد. در 51.8% از بیماران عمل جراحی با بزرگنمایی با لوپ صورت پذیرفت. شایعترین نخ به کار رفته در پیلوپلاستی ویکریل در 91% موارد بوده در 1% از پی دی اس استفاده شده است. در سایر موارد در شرح عمل نوع نخ مشخص نیست. 84.35% بیماران بعدا پیلوپلاستی عارضه ای بعد از جراحی به صورت زودرس و دیررس نداشتند. شایعترین عارضه ی بعد از جراحی عفونت ادراری در 7.4% بود. تنگی محل آناستموز نیازمند جراحی مجدد در 6.5% بیماران دیده شد. گیر افتادن سوند دابل جی در داخل حالب در 2% بیماران دیده شد. پریتونیت ادراری در 1% دیده شد. تشکیل سنگ پس از پیلوپلاستی در 3% دیده شد. دیامتر لگنچه در آخرین سونوگرافی بعد از جراحی کلیه راست در مبتلایان انسداد یورتروپلوپیک جانکشن، کمترین دیامتر لگنچه 7 میلی متر و بیشترین 18 میلی متر است. در کلیه چپ نیز کمترین دیامتر لگنچه 7.5 میلی متر و بیشترین 35 میلی متر است. در ارزیابی دیفرانسیال فانکشن بعد از جراحی کلیه راست کمترین میزان 34% و بیشترین 85% می باشد. در کلیه چپ کمترین میزان 15% و بیشترین 64% می باشد. 91.7% بیماران نیاز به عمل جراحی مجدد پیدا نکردند. 1% نیاز به نفروستومی به همراه سوند دابل جی بعد از پیلوپلاستی اولیه پیدا نمودند. در 6.5% بیماران پیلو پلاستی مجدد انجام شد 1% نیاز به جراحی تنگی یورتروویکال بعد از پیلوپلاستی شد. در مورد میزان فشار خون سیستمیک بعد از جراحی، بیشترین میزان 120 و کمترین 80 میلی متر جیوه می باشد. در سمت چپ، بیشترین میزان 85 و کمترین 36 میلی متر جیوه می باشد. میزان تنگی گزارش شده در پاتولوژی بعد از جراحی در مبتلایان انسداد یورتروپلوپیک جانکشن 75% می باشد.

واژگان کلیدی: پیلوپلاستی، کودکان، UPJO