

PCN در تشخیص و درمان عوارض جراحی پیوند کلیه

محمدحسین نوربالا^{*} M.D.، سیدابوالقاسم مصطفی^{*} M.D.

هدف: ارزیابی نقش نفروستومی از راه پوست (PCN) Percutaneous Nephrostomy در تشخیص و درمان اولیه عوارض جراحی پیوند کلیه.

روش بررسی: ما ۱۴۰۲ پیوند کلیه از دهنده زنده انجام دادیم که ۹۳/۱٪ از دهنده‌ها غریبه بودند. متوسط سنی ۳۸/۵۳ سال است. نسبت مرد به زن ۱/۷۲ به ۱ بود. ما بیمارانی را بررسی کردیم که هیدرونفروز، اورمی یا نشست ادرار در دوره تحت‌نظر داشتند و به PCN نیاز پیدا کردند. ۲۱ بیمار را با PCN درمان کردیم (۱۱ لنفوسل، ۲ انسداد UNC و ۸ سنگ انسدادی) و در همه بیماران انسداد بهبود یافت و کراتینین به سطح قبل از انسداد پائین آمد بدون اینکه عوارض مهمی داشته باشند.

یافته‌ها: متوسط دوره تحت نظر گرفتن ۳۴/۲ ماه بود. در این مدت ۴۰ نفر (۲/۹٪) مرگ و میر، ۱۳۵ نفر (۹/۶٪) رد پیوند داشتیم. متوسط سطح کراتینین بیماران با پیوند فعال $0.71 \pm 1/43$ میلی‌گرم در صد بود. در لنفوسل‌ها درناژ پوستی به تنهایی برای ۲۱ تا ۷۰ روز همه بیماران را درمان کرد. در انسداد تأخیری Uretero Neo Cystostomy (UNC) روش PCN انسداد را برطرف کرد و پس از تثبیت کراتینین، دیلاتاسیون آنتی‌گرااد UNC انجام داده و استنتت حالب به مدت ۳ ماه گذاشتیم. ۸ بیمار سنگ انسدادی داشتند که پس از PCN ما Extra Corporal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) انجام دادیم که در ۶ بیمار سنگها دفع شد و در ۲ بیمار از Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) استفاده کردیم.

نتیجه‌گیری: PCN برای ارزیابی عوارض انسدادی پیوند کلیه روش انتخابی است. PCN نقش مهمی در تشخیص علت انسداد و نیز درمان موقتی انسداد و با حداقل عوارض می‌باشد. ما PCN را به عنوان روشی کم‌تهاجمی برای تشخیص و درمان اولیه عوارض انسدادی پیوند کلیه بدون عوارض جدی پیشنهاد می‌کنیم.

واژه‌های کلیدی: PCN، عوارض جراحی، پیوند کلیه

مقدمه

با روشهای جراحی باز درمان می‌شدند. (۷۶) عوارض ترمیم جراحی قابل توجه است. (۲، ۴). با پیدایش روشهای پرکوتانوس و استنتگذاری حالب این عوارض کاهش قابل توجهی یافته است. (۸) هدف از این مطالعه آنالیز گذشته‌نگر ۲۱ بیمار با کلیه پیوندی می‌باشد که به علت عوارض اورولوژیک تحت عمل PCN به

عوارض اورولوژیک در ۲ تا ۱۳ درصد از بیماران با کلیه پیوندی روی می‌دهد. شایعترین عوارض اورولوژیک، انسداد حالب و لیک ادراری می‌باشد. تأخیر در درمان این عوارض ممکن است منجر به از دست رفتن گرافت یا مرگ بیمار شود. (۱-۵) این عوارض قبلاً

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۲۵، تاریخ پذیرش مقاله: ۸۴/۱۰/۱۰

کچ نویسنده مسئول: دانشیار گروه اورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»، تهران - ایران
* گروه اورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»

به عمل جراحی باز برای این عوارض را از بین برده است. ما در بیماران خود با کمک PCN نیاز به جراحی باز پیدا نکردیم. استفاده از آمپلاتز ۱۲F و یورتروسکوپ ۱۰F در PCNL سنگهای کلیه پیوندی به علت ترامای کمتر به کلیه را توصیه می‌کنیم.

References

1. Shoskes DA, Hanbury D, Cranston D, Morris PH. Urological complications in 1000 consecutive renal transplant recipients. J Urol 1995; 153: 18-21.
2. H. Albin Gritsch. Complications of renal transplantations in complications of urologic surgery edited by samir S. Tane, MD. Robert B.smith, MD. W.B.saunders company 2001; P. 342-352.
3. Oosternof GON, Hoitsma AJ, Witjes JA, Debruyne FM. Diagnosis and treatment of urological complications in kidney transplantation. Urol Int 1992; 49: 99-103.
4. Kashi SH, Lodge JPA, Ciles GR, Irving HC. Ureteric complications of renal transplantation. Br J Radiol 1992; 70: 139-143.
5. Kinnaert P, Hall M, Janssen F, Vereertraeten P, Toussaint C, Van Geetruyden J. Ureteral stenosis after kidney transplantation: true incidence and long-term follow-up after surgical correction. J Urol 1985; 133: 17-20.
6. Makisalo H, Eklund B, Salmela K, Urological complication after 2084 consecutive kidney transplantations. Transplant Proc 1997; 29: 152-153.
7. Debruyne JMJ, Hoitsma AJ, Arendsen

حالب می‌باشد. (۴، ۸) تشخیص و درمان زودرس برای جلوگیری از تخریب کلیه و کاهش عوارض و مرگ و میر، ضروری است. (۴، ۱۲) سونوگرافی و اسکن ایزوتوپ برای ارزیابی اولیه سیستم جمع کننده کلیه مفید است. (۱۴) تشخیص دقیق انسداد یا نشت حالبی از طریق پرکوتانئوس آنته گرید پیلوگرافی امکان‌پذیر است. (۱۵) PCN باید به عنوان درمان موقت انسداد حالب صرف‌نظر از شدت انسداد آن، در نظر گرفته شود. انسداد زودرس پس از پیوند کلیه معمولاً علت مکانیکی دارد مانند: لخته خون، سنگ، ادم، نکروز ایسکمیک، پیچ خوردن و ایجاد تونل زیر مخاطی انسدادی، در حالیکه انسداد تأخیری معمولاً به علت فیروز موضعی یا عمومی ناشی از ایسکمی یا رد پیوند می‌باشد. (۵، ۸) فیروز ایجاد شده در انسدادهای دیررس، بعد است که با کار گذاشتن استنت حالب بهبود یابد، اما در بیماران ما که دو نفر با انسداد تأخیری حالب (UVJ) بودند، با دیلاتاسیون حالب و کار گذاشتن استنت حالب به مدت ۳ ماه، بهبود یافته و با پیگیری حدود ۳ سال، تنگی عود نکرد. در ۲ بیمار که سنگ انسدادی داشتند و به ESWL پاسخ ندادند، از طریق لوله نفروستومی و با آمپلاتز ۱۲F و اورتروسکوپ کوتاه (Ureteroscope) ۱۰F، سنگ کلیه خرد شده و خرده سنگها خارج گردید. استفاده از آمپلاتز ۱۲F و اورتروسکوپ ۱۰F برای جلوگیری از آسیب بیشتر کلیه پیوندی بود و این موضوع خیلی مهم است تا جائیکه امکان دارد از روشهای کمتر تهاجمی و با آسیب کمتر به کلیه پیوندی استفاده شود. (در روش کلاسیک PCNL از آمپلاتز ۳۰F و نفروسکوپ استفاده می‌شود). در اکثر مطالعات استفاده از PCN برای کنترل نشت ادراری توصیه شده است (۴، ۸، ۱۳) ولی در مطالعه ما برخلاف این مطالعات در نشت ادراری نیاز به PCN نشد و تنها گذاشتن سوند دائم منجر به قطع نشت ادراری شد. شاید علت آن استفاده روتین ما از Stent حالب و بروز تمامی نشت‌های ادراری در زمان وجود Stent بوده باشد.

نتیجه‌گیری: استفاده از PCN در عوارض جراحی پیوند کلیه برای ۱. تشخیص علت انسداد، ۲. رفع موقت انسداد و طبیعی شدن کراتینین، ۳. مسیر مناسب برای اعمال جراحی نهایی اندویورولوژیک این عوارض، دارای نتایج درخشان بوده و تقریباً نیاز

- EH, Oosterhof GON. Surgical treatment of urologic complications in kidney transplantation. *World J Urol* 1988; 6: 75-77.
- 8.** Lojanapiwat B, Mital D, Fallon L. Management of ureteral stenosis after renal transplantation. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 21-24.
- 9.** Lieberman SF, Keller FS, Barry JM, Rosch J. Percutaneous antegrade transluminal ureteroplasty for renal allograft ureteral stenosis. *J Urol* 1982; 128: 122-124.
- 10.** Strem SB, Novich AC, Steinmuller DR, Zelch MG, Risius B, Geisinger MA. Long term efficacy of ureteral dilation for transplant ureteral stenosis. *J Urol* 1988; 40: 32-35.
- 11.** Benoit G, Icard P, Bensadoun H. Value of antegrade ureteral dilation for late ureter obstruction in renal transplants. *Transpl Int* 1989; 2: 33-35.
- 12.** Hunter DW, Castanede-Zuniga WR, Coleman CC, Herrera M, Amplatz K. Percutaneous techniques in the management of urological complications in renal transplant patients. *Radiol* 1983; 148: 407 – 412.
- 13.** Fontaine AB, Nijjar A, Rangaraj R. Update on the use of percutaneous nephrostomy / balloon dilation for the treatment of renal transplant leak / obstruction. *JVIR* 1997; 8: 649 – 653.
- 14.** Salvatierra O, Olcott C, Amend WJ, Cochrum KC, Feduska NJ. Urological complications of renal transplantation can be prevented or controlled. *J Urol*; (1977); 117: 421-424.
- 15.** Lieberman RP, Crummy AB, Glass NR, Belzer FO. Fine needle antegrade pyelography in the renal transplant. *J Urol* (1981); 126: 155-158.