

معرفی اولین مورد آسپیراسیون مثانه در جنین مبتلا به اوروپاتی انسدادی در بیمارستان شهید اکبر آبادی

دکتر علی امینی*، دکتر فاطمه زرنوزی*، دکتر طاهره لاریجانی**

* دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید اکبر آبادی، بخش زنان و زایمان

** دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید اکبر آبادی، بخش پرتوشناسی

خلاصه

با توجه به اهمیت تشخیص به موقع اوروپاتی انسدادی جنین و با توجه به گزارشهای موفقیت آمیز درمان داخل رحمی این بیماری در کشورهای دیگر، این مطالعه به منظور بررسی یک مورد از اوروپاتی انسدادی در بیمارستان شهید اکبر آبادی انجام گرفت.

بیمار خانمی ۱۸ ساله بود که با همسر خود نسبت خانوادگی و سابقه به دنیا آوردن یک نوزاد مبتلا به سندرم Prune - belly داشت، در هفته ۲۴ حاملگی طی سونوگرافی معمول برای بارداری برای جنین تشخیص اوروپاتی انسدادی مطرح شد و آسپیراسیون مثانه هر ۲ هفته یک بار و در مجموع، سه بار صورت پذیرفت. آسپیراسیون مثانه جنین با هدایت سونوگرافی به راحتی انجام گرفت و عوارضی از قبیل خون ریزی، عفونت، ترومای به مادر و جنین مشاهده نشد.

با توجه به موفقیت این مورد و گزارشهای مشابه در خارج از کشور توصیه می‌گردد که در مراکز دانشگاهی اقدامات درمانی رحمی برای بیماری‌های جنین آغاز شود.

واژگان کلیدی: اوروپاتی انسدادی، درمان داخل رحمی، سونوگرافی، سندرم Prune - belly

مقدمه

زندگی خارج رحمی منافات داشته باشد (۲). از آنجا که ادرار جنین در نیمه دوم حاملگی قسمت عمده مایع آمنیوتیک را تشکیل می‌دهد، انسداد مجاری ادراری منجر به اولیگو هیدرآمیوس و عوارض ناشی از آن، هیپوپلازی ریه و اشکالات تکاملی در اندام جنین، می‌گردد. دکمپرس مجاری ادراری می‌تواند باعث جلوگیری از هیدرونفروز و آسیب به کلیه جنین شود. علاوه بر آن، شنت سیستم ادراری (ارتباط دادن مثانه جنین به مایع آمنیوتیک) نیز می‌تواند از اولیگو هیدرآمیوس نیز جلوگیری به عمل آورد. بنابراین، پایه نظری تلاش برای شنت ادرار جنین در

اوروپاتی انسدادی در اغلب موارد به علت انسداد در out let مثانه است و شایع نمی‌باشد. معمولاً به صورت اسپورا دیک بروز می‌کند و در جنین‌های پسر شایع تر است، نسبت ابتلای پسران به دختران حدود ۵ به ۱ ذکر می‌شود (۱). انسداد در مجاری ادراری جنین باعث دو عارضه مهم می‌گردد (۱). تجمع ادرار در یک سیستم بسته باعث افزایش فشار و آسیب به پارانشیم کلیه (آتروفی سیستیک) می‌شود. این آسیب ممکن است غیر قابل برگشت گردد و تخریب کلیه به قدری شدید شود که با

عمومی - دختر عمومی دارد. حاملگی قبلی به علت انسداد مثانه و هیدرونفروز در هفته ۳۲ حاملگی منجر به سزارین شد. نوزاد مبتلا به سندرم Prune - belly بود و در مرکز طبی کودکان فوت گردید.

در حاملگی اخیر نیز با همین مشکل مراجعه کرد. اولین بار در سونوگرافی ۲۴ هفتگی، اوروپاتی تشخیص داده شد و در سونوگرافی ۲۸ هفتگی نیز دوباره هیدرونفروز - مگااورتر و مثانه متسع مشاهده گردید که مثانه جنین با هدایت سونوگرافی تخلیه شد و حدود ۲۵۰cc ادرار خارج گردید. سپس در هفته سی ام حاملگی دوباره اقدام به تخلیه مثانه جنین شد و تقریباً ۴۰۰cc ادرار خارج گردید.

در هفته ۳۲ نیز مقدار ۳۰۰cc ادرار تخلیه شد و سرانجام در ۳۴ هفتگی به خاطر اولیگو هیدرامنیوس اقدام به سزارین گردید. نوزاد دختری با وزن ۲/۲ کیلوگرم و آپگار ۸ بود که با شکم کاملاً متسع تولد یافت. در بخش نوزادان دوبار اقدام به تخلیه مثانه از طریق آسپیراسیون سوپراپوبیک شد (۲۰۰cc و ۱۶۰cc در هر نوبت ادرار).

سپس نوزاد ۲۴ ساعت پس از تولد جهت درمان به بخش جراحی بیمارستان علی اصغر (ع) انتقال یافت. نوزاد در بدو ورود به بیمارستان علی اصغر (ع) مورد بررسی بالینی و بیوشیمیایی قرار گرفت. نتایج بررسی های بیوشیمیایی در جدول (۱) ملاحظه می گردد. در پرتونگاری قفسه سینه صدری، قلب و ریه در حد طبیعی و سایه تیموس نیز در حد معمول نوزادان گزارش شد. نوزاد تا کی پنه (RR=۵۰/min) داشته و در انکوباتور زیر هوذاکسیژن نگهداری گردید. برای نوزاد کاتتر سوپراپوبیک مداوم گذاشته شد. در بیمارستان به تدریج به دیسترس تنفسی نوزاد اضافه گردید و توصیه استفاده از رسیراتور می شود که به علت نبودن رسیراتور بر اسیدوز تنفسی نوزاد افزوده می گردد (ابتدا $pCO_2 = 50$ و $pH = 7/19$ و سپس $pCO_2 = 66/9$ و $pH = 7/05$) و سرانجام نوزاد ۲۶ ساعت پس از ورود به بیمارستان دچار ایست قلبی و تنفسی می شود که با اقدامات احیا، سرعت قلب بازگشته ولی نوزاد دچار خون ریزی گسترده ریه (افت Hb از ۱۷ به ۸) گردید و ۱۱ ساعت بعد (روز سوم بعد از تولد) در اثر

داخل رحم در این شرایط منطقی به نظر می رسد. اولین مورد موفقیت آمیز گذاشتن شنت در سیستم ادراری جنینی انسان توسط Gollibus و همکاران در سال ۱۹۸۲ گزارش شد. بیمار آنها دو قلو حامله بود و از ۱۷ هفتگی تحت نظر قرار داشت. یکی از جنین ها از ۲۳ هفتگی دچار اتساع مثانه گردید به گونه ای که در ۳۰ هفتگی مثانه به طور کامل و دارای دیواره ضخیم شده و در ضمن، هر دو حالب جنین نیز اتساع یافته بودند. میزان مایع آمنیوتیک در جنین مذکور کمتر از مایع آمنیوتیک جنین سالم می باشد. تلاش برای کاتترگذاری به صورت Percutaneous در ۳۰ هفتگی ناموفق بود ولی مثانه با آسپیراسیون تخلیه شد. چهار روز بعد مثانه متسع گردید، در هفته ۳۲ دوباره برای گذاشتن شنت تلاش شد که این بار با موفقیت روبرو گردید. ۴ روز پس از گذاشتن شنت، حجم مثانه و هیدرواورتر به صورت قابل توجهی کاهش یافت. در ۳۴ هفتگی زایمان خود به خود بیمار شروع شد. قل اول، دختری دارای وزن ۲۳۰۰ گرم هنگام تولد و سالم و قل دوم، پسری دارای وزن ۲۰۸۰ گرم هنگام تولد و مبتلا به سندرم Prune - belly بود که دوران نوزادی را به خوبی طی کرد و زنده ماند (۲).

در ۷۳ مورد اوروپاتی انسدادی که طی سالهای ۸۵ - ۱۹۸۲ بررسی گردید، میزان بقا، ۴۱ درصد و میزان مرگ جنین در اثر مراحل انجام کار، ۴/۶ درصد گزارش شد (۳).

در جدیدترین گزارش میزان بقای جنین هایی که به علت اوروپاتی انسدادی شنت گذاری گردیده بودند، ۸ مورد از ۱۵ مورد (حدود ۵۴ درصد) ذکر گردیده اند (۴). در کشور ما تا آنجا که نگارندگان اطلاع دارند، اقدامات درمانی داخل رحمی به عمل نمی آید و بیمار معرفی شده، اولین مورد در کشور ما است که تلاش گردید با انجام آسپیراسیون مثانه جنین در بیمارستان شهید اکبر آبادی طی چند نوبت از فشار مجاری ادراری کاسته و از آسیب به قشر کلیه تا حد امکان جلوگیری گردد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۱۸ ساله G2P1 که با همسرش نسبت پسر

جدول ۱ - یافته‌های حاصل از بررسی‌های بیوشیمیایی در نوزاد مبتلا به اورویاتی انسدادی به هنگام ورود به بیمارستان علی اصغر (ع)

آزمایش‌های بیوشیمیایی	نتایج
pH	۷/۲۲
O ₂ اشباع (درصد)	۹۹/۲
PCO ₂ (میلی متر جیوه)	۳۶
PO ₂ (میلی متر جیوه)	۸۰/۹
Na ⁺ (mEq/l)	۱۳۷
K ⁺ (mEq/l)	۵/۵
BUN (mg/dl)	۱۸
کراتینین (mg/dl)	۰/۵
هموگلوبین (g/dl)	۱۷
هماتوکریت (درصد)	۵۰
بیلی روبین تام (mg/dl)	۱/۹

ایست مجدد قلبی فوت می‌کند.

بحث

اولین اقدام با تشخیص اورویاتی انسدادی در جنین، جستجو برای تایید و یا رد سایر اختلال‌ها از جمله اختلال‌های کروموزومی می‌باشد (۵) که باید با سونوگرافی دقیق و بررسی ژنتیکی از سلولهای مایع آمنیوتیک و یا سلولهای مخاط مثانه که از طریق وزیکوسنتز (آسپیراسیون ادرار از مثانه جنین) به دست می‌آید، انجام گیرد (۶). در صورتی که آنومالی دیگری وجود نداشته باشد با توجه به خطر دیسپلازی کلیه، درمان داخل رحمی از طریق کاتترگذاری و یا وزیکوستومی سوپراپوبیک یا روش جراحی باز توصیه می‌شود. از آنجا که کاتترگذاری با هدایت سونوگرافی صورت می‌پذیرد، بسیار ساده‌تر از جراحی باز در جنین، به خصوص در

مواردی که دکمپرس برای مدت کوتاه مد نظر است، می‌باشد (۷) تا هم بتوان کلیه‌ها را دکمپرس کرد و هم ادرار جنین را از نظر Na⁺، K⁻، Cl⁻، و Ca⁺⁺ و β_2 میکروگلوبین بررسی نمود و متوجه وضعیت کار کلیه‌ها شد. در مورد بیمار مورد بررسی هدف ما از آسپیراسیون مکرر مثانه کاهش فشار مجاری ادراری و جلوگیری از آسیب به کلیه بود تا زمانی که جنین قابلیت زنده ماندن در خارج از رحم را پیدا کند. با انجام سونوگرافی‌های دقیق تا حد زیادی از عدم وجود آنومالی‌های همراه اطمینان حاصل گردیده بود.

با توجه به آن که در گزارشها مدت زمان آسپیراسیون ادرار تا اتساع مجدد مثانه، ۴ روز ذکر شده بود و نیز با عنایت به آن که کاتتر برای شنت داخل رحمی در دسترس نبود، تلاش گردید که با آسپیراسیون‌های مکرر مثانه به صورت متناوب، فشار در سیستم ادراری جنین کاهش یابد. این تجربه نشان داد که آسپیراسیون مکرر ادراری جنین خطر چندانی برای مادر و جنین ندارد و به راحتی با هدایت سونوگرافی توسط شخص با تجربه قابل انجام است.

از سوی دیگر، با در نظر گرفتن این که نوزاد به علت سندرم دیسترس تنفسی فوت کرد و تا زمان فوت نوزاد شاخص‌های کار کلیه نشانگر عملکرد طبیعی کلیه بوده‌اند می‌توان آسپیراسیون مکرر ادرار را در جلوگیری از آسیب به کلیه تا حدود زیادی موفق دانست.

امید می‌رود این تجربه که برای نخستین بار در کشورمان به عمل آمده است، شروع درمان‌های داخل رحمی باشد. اینک که خوشبختانه سونوگرافی در کشور ما گسترش یافته و به طور نسبی بیماری‌های جنین به موقع تشخیص داده می‌شوند، ضرورت وجود مراکزی که قادر به انجام درمان‌های داخل رحمی در جنین باشند، بیشتر احساس می‌گردد.

References:

- 1 . Romeo R, Pilu G. Prenatal diagnosis of congenital anomalies. 4th ed. Stamford: Appleton & Lange; 1988: 374 - 382.

- 2 . *Cherry SH , Merkatz IR. Complications of pregnancy: Medical,Surgical,gynecologic,psychologic,and perinatal. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985: 1075 - 1084.*
- 3 . *International fetal surgery registry . Catheter shunts for fetal hydronephrosis and hydrocephalus (special report). N Engl J Med. 1986; 315: 336 - 340.*
- 4 . *Johnson MP, Bukowski TP. Intrautero surgical treatment of fetal obstructive uropathy: a new comprehensive approach. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170: 1770 - 1776*
- 5 . *Callen PW. Ultrasonography in obstetrics and gynecology. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 1994: 536 - 564.*
- 6 . *Skupski DW, Eddleman KA. Rapid exclusion of chromosomal aneuploidies by fluorescence in situ hybridization prior to fetal surgery of obstructive uropathy. Fetal Diagn Ther. 1994; 9: 353 - 356.*
- 7 . *Reece EA. Medicine of the fetus and mother. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1992: 791 - 799.*

Presentation of the first case of bladder aspiration in a fetus with occlusive uropathy in Shaheed Akbarabadi hospital

Amini, A.¹, Zanozi, F.², Larijani, T.²

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Shaheed Akbarabadi Hospital, Iran Univ. of Med. Sci.
2. Department of Radiology, Shaheed Akbarabadi Hospital, Iran Univ. of Med. Sci.

Considering the significance of in time diagnosis of fetal occlusive uropathy and with regard to successful reports on intrauterine treatment of this condition in other countries, in this study one such case was examined in Shaheed Akbarabadi hospital.

The patient was a 18 years woman and his husband was her relative with a family history of Prune-belly syndrome. At 24th week of pregnancy, the presence of occlusive uropathy was verified by sonography and bladder aspiration was done every two weeks for three times.

Fetal bladder aspiration by the aid of sonography was performed easily and no complication like bleeding, infection and trauma was observed.

Therefore with regard to the success of this report and other similar reports in other countries, it is recommended to perform intrauterine treating strategies in clinical centers for fetal diseases.

Keywords: Occlusive Uropathy, Intrauterine treatment, Sonography, Prune-belly Syndrome

A case report of primary squamous cell cancer of prostate

Javadzadeh, T.¹, Noroozian, M.²

1. Department of Pathology, Shaheed Modarres Hospital, Shaheed Beheshti Univ. of Med. Sci.
2. Department of Pathology, Imam Hossein Hospital, Shaheed Beheshti Univ. of Med. Sci.

The primary squamous cell carcinoma of prostate is a rare tumor that its histogenesis has not been clearly identified. This tumor comprises 0.5 to 1% of malignant tumors of prostate. In most cases, there exists a severe and atypical metaplasia.

The case was a 66 years man that admitted for increased frequency of urination and a burning sensation. In initial examinations, because of the existence of signs for prostate tumor, the tests PSA and PAP were done for the patient. The PSA level was to some extent high and the PAP level was normal. After performing the necessary procedures, the patient underwent TURP operation and through studying the tissue samples stained with cytochrome (immunohistochemistry), the presence of squamous cell carcinoma was verified.

The results of examinations showed that there is no primary focus in other sites for this tumor.

Keywords: Squamous Cell Carcinoma, Prostate, PSA, PAP, Cytochrome