

برگرداندن ادرار به مسیر طبیعی با استفاده از پیوند کلیه از خود به خود

Renal autotransplantation for urinary undiversion

دکتر ناصر سیم فروش[☆]، دکتر عباس بصیری^{☆☆}

خلاصه

در گذشته در بسیاری از بیماران به علت بیماریهای مختلف، جریان ادرار را توسط روشهای مختلف جراحی (مثل ایلایل کاندوتیت) از مسیر طبیعی خود منحرف می کرده اند. امروزه به علت پیشرفت در روشهای جراحی در عده ای از این بیماران می توان ادرار را مجدداً به مسیر طبیعی اولیه بازگردانید. رایج ترین روشهای انحراف ادرار عبارتند از: ساختن یک مجرای عبوری (کاندوتیت) برای ادرار از روده که به پوست وصل می شود؛ وصل کردن حالبها به روده بزرگ (اورتروسیگموئیدوستومی)؛ وصل کردن حالبها به پوست و بالاخره نفروستومی (ایجاد فیستولی از کلیه به سطح بدن). روشهای بسیار متنوعی برای بازگرداندن ادرار از این مسیرهای غیرطبیعی به مسیر اولیه (undiversion) گزارش شده است. در این مقاله، استفاده از پیوند کلیه از خود به خود را برای این منظور با معرفی یک بیمار جالب مورد بررسی قرار می دهیم. ما، به مورد مشابهی در مقالات داخلی و خارجی برخورد کرده ایم.

• استادیار مرکز پزشکی شهید دکتر لبافی نژاد (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
• متخصص اورولوژی مرکز پزشکی شهید دکتر لبافی نژاد (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی).

مقدمه

بیماران زیادی وجود دارند که در گذشته تحت اعمال جراحی مختلف برای انحراف ادراری قرار گرفته‌اند تا کلیه آنها از انهدام نجات پیدا کند، و ادرار آنها از مسیرهای غیرطبیعی مثل پوست یا همراه مدفوع خارج شود. شاید این اعمال در مواردی در زمان انجام آن موجه و تنها راه حل بوده اما برای عده‌ای از این بیماران روشهای نوین جراحی به وجود آمده که می‌توان به کمک آنها مجدداً ادرار آنها را به مسیر طبیعی آن یعنی مثانه و مجرای ادرار بازگرداند.

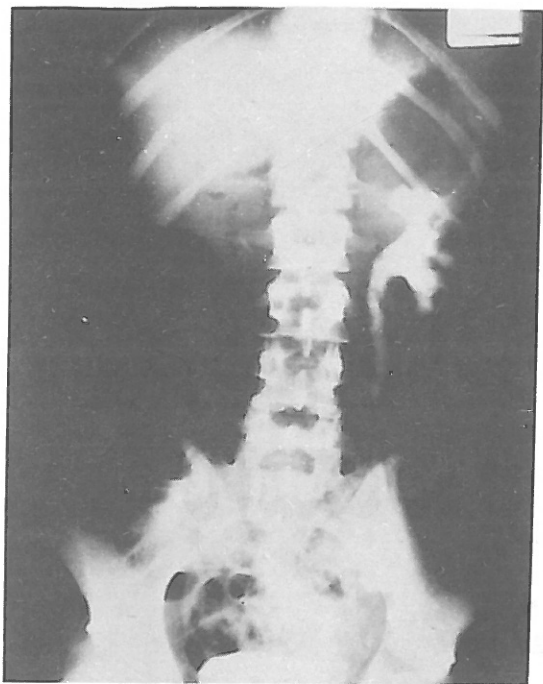
نام این عمل را بازگرداندن ادرار به مسیر طبیعی نهاده‌اند. باید توجه داشت این اقدام یک عمل حساس است و در بیماری که سالها غیرطبیعی زندگی کرده است برگشت ادرار به مسیر طبیعی غالباً یک عمل چند مرحله‌ای و طولانی است و خالی از خطر نیست. بخصوص در بیمارانی که فعالیت کلیه آنها در حد طبیعی نیست، هرگونه عارضه‌ای مثل رفلاکس (پس زدن)، تنگی مسیر، یا نشت ادراری برای آنها پر مخاطره تلقی می‌شود (۱).

بازگرداندن ادرار به مسیر طبیعی اولین بار توسط هندرن (Hendren) معرفی شد. در حال حاضر بسیاری از موارد گزارش شده بیمارانی هستند که اگر در گذشته به طور مناسبی تحت عمل قرار می‌گرفتند چه بسا از همان اول احتیاجی به انحراف ادراری نمی‌داشتند (۱). این مسئله بخصوص در مورد بیمارانی صادق است که مثانه طبیعی دارند یا اینکه مثانه آنها قابل برگشت به حال طبیعی بوده ست (مثلاً در اطفال مبتلا به دريچه مادرزادی پیشابراه خلفی). یکی از این موارد بیمار زیر است که توسط یک جراح انگلیسی در ایران تحت عمل اورتروسینگموتید و ستومی قرار گرفته بوده و مدت هفت سال نصف ادرار وی همراه مدفوع خارج می‌شده است.

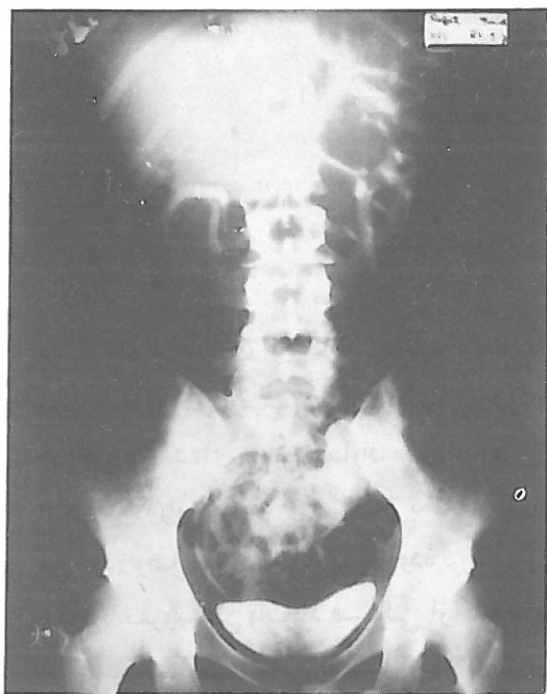
معرفی بیمار

س.ر، ۲۰ ساله و مذکر که به علت دردهای متناوب و مزمن شکمی و نیز خروج ادرار همراه مدفوع به بیمارستان لبافی نژاد مراجعه می‌کند. هفت سال قبل از این مراجعه، بیمار توسط یک جراح انگلیسی تحت عمل جراحی برای سنگ حالب تحتانی چپ قرار گرفته بوده است. به دنبال این عمل عارضه فیستول ادراری به پوست و نیز تنگی حالب پیدا شده است (شکل ۱).

بیمار مجدداً تحت عمل جراحی قرار گرفت و حالب چپ به مثانه باز نشاند (reimplant) شد که مجدداً منجر به هیدرونفروز پیشرونده و تب و درد پهلوشد. در سومین عمل بالاخره حالب چپ بیمار به روده بزرگ (قولون سیگموئید) پیوند زده شد. از آن موقع تا هنگام مراجعه، نصف ادرار بیمار (ادرار کلیه چپ) از راه مدفوع خارج می‌شده و نیمی دیگر ادرار از مجرای ادرار (شکل ۲). بیمار اصرار داشت که این وضع



شکل ۱. هیدرواورترونفروز (اتساع کلیه و حالب) و فیستول ادرار بعد از عمل سنگ حالب تحتانی. هفت سال قبل از مراجعه به مرکز پزشکی شهید لبافی نژاد.



شکل ۲. اوروگرافی در بیمار شکل ۱. برطرف شدن هیدرونفروز پس از وصل کردن حالب به روده بزرگ. در طرف چپ لگن ماده حاجب که از حالب چپ وارد کولون سینی شکل شده دیده می‌شود. نصف ادرار بیمار، یعنی ادرار کلیه چپ، همراه مدفوع از راه راست روده دفع می‌شد که باعث حالت اسهالی و انقباضهای شکمی در بیمار می‌شده است.

بحث

برای بازگرداندن ادرار به مسیر طبیعی آن، روشهای متنوع و فراوانی وجود دارد (۱). قبل از هر چیز باید از سلامت مثانه یا حداقل داشتن ظرفیت کافی مثانه و قابلیت اتساع آن اطمینان حاصل کرد. اگر ظرفیت مثانه کم و قوامش لیفی باشد باید اقدام به بزرگ کردن مثانه با اضافه کردن قسمتی از روده به آن نمود (bladder augmentation). شرایط فراوان دیگری برای برگشت ادرار به مسیر طبیعی وجود دارد که بستگی به تکنیک جراحی به کار گرفته شده دارد.

بحث در روشهای مختلف برگشت ادرار به مسیر طبیعی از حوصله این مقاله خارج است و تنها به ذکر نام چند روش اکتفا می‌کنیم: وصل کردن دو حالب و پیوند حالب مشترک به مثانه؛ آناستوموز کُل کاندوتیت (پس از باریک کردن آن) با حالبهای وصل به آن به مثانه و استفاده از روده برای وصل کردن کلیه و لگنچه به مثانه. در صورت امکان بهتر است از استفاده از روده و تماس مستقیم روده با ادرار خودداری شود زیرا ترشحات مخاطی تولید شده توسط روده وارد ادرار می‌شود. یکی از روشهایی که در آن می‌توان از به کار بردن روده بین حالبها و مثانه اجتناب کرد پیوند کلیه از خود به خود می‌باشد (۳، ۲). اولین پیوند کلیه از خود به خود توسط هاردی (Hardy) (۴) در سال ۱۹۶۲ در یک بیمار مبتلا به عارضه حالب گزارش شد که از آن پس تا کنون این عمل موارد استفاده متعددی پیدا کرده است (استفاده از ترمیم تنگیهای عروق کلیه و ضایعات حالب).

نوویک (Novick) در یک گزارش، ۲۳ مورد پیوند کلیه از خود به خود را معرفی کرد که فقط دو مورد آن برای برگشت ادرار به مسیر طبیعی بوده است (۲).

ما در این مقاله یک مورد حالب و نادر از برگشت ادرار را معرفی نمودیم که نکات حائز اهمیت آن عبارتند از:

(۱) برگشت ادرار به مسیر عادی، هفت سال پس از اینکه ادرار از مسیر طبیعی منحرف بوده است.

(۲) برگشت ادرار به مسیر عادی در بیمار مبتلا به اورتروسیگموتید-وستومی یکطرفه صورت پذیرفته است.

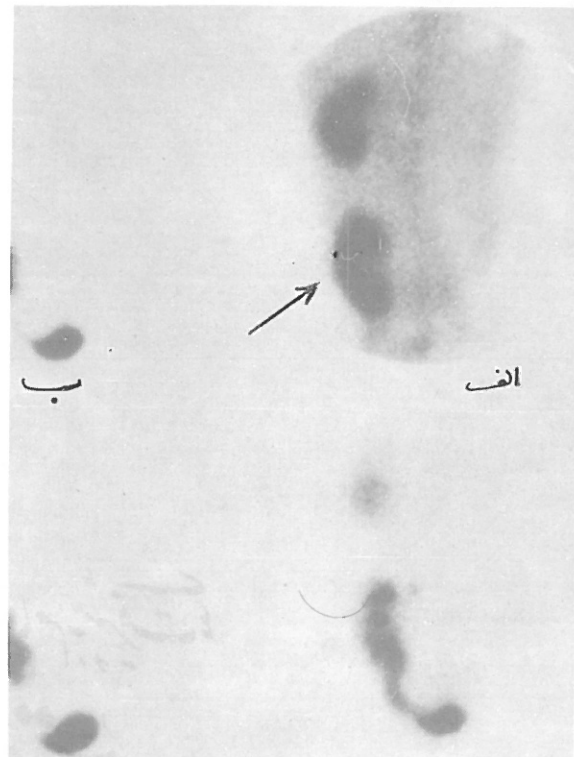
(۳) اتصال حالب به مثانه به جای طرف اولیه - که چند بار روی آن قبلاً عمل شده بود- به طرف مقابل و سالم، با انتقال و پیوند کلیه به لگن خاصره طرف مقابل ممکن شده است.

(۴) در مراجعه به مقالات داخلی و خارجی مورد مشابهی یافت نشد.

نتیجه

پیوند کلیه از خود به خود، امروزه روشی مقبول در درمان بسیاری از ضایعات پیچیده دستگاه ادراری به شمار می‌آید و هر اورولوژیستی که با این گونه ضایعات پیچیده سر و کار دارد بهتر است آماده انجام آن باشد تا

اصلاح شود و حتی اگر راه حل دیگری وجود ندارد کلیه چپ او برداشته شود. با توجه به اینکه بیمار جوان بود و کلیه‌اش خوب کار می‌کرد برداشتن کلیه صلاح به نظر نرسید؛ و در ضمن با توجه به اینکه حالب بیمار بسیار کوتاه بود و نیز عمل وصل کردن حالب به حالب دیگر در بیمارانی که سابقه سنگ دارند ممنوع است و چند بار روی مثانه وی عمل شده بود (هر دو مورد در طرف چپ) امکان عمل دیگری در این ناحیه وجود نداشت، لذا تصمیم بر این شد که کلیه چپ را از طرف چپ برداریم و در پایین و در طرف راست در ناحیه لگن خاصره پیوند و حالب آن را به طرف سالم مثانه آناستوموز کنیم. این عمل انجام شد و بعد از جدا کردن حالب چپ از روده بزرگ به روش پیوند کلیه از خود به خود، کلیه چپ به لگن خاصره راست منتقل و به موضعی پایین‌تر و حالب کوتاه آن به طرف سالم مثانه پیوند شد. بعد از عمل پس از هفت سال بیمار برای نخستین بار تمام ادرارش به مسیر طبیعی بازگشت و از مجرا خارج شد و در نتیجه قطع ورود ادرار به روده مسائل گذشته بیمار حل شد. شکل ۳ اسکن کلیه پیوند شده از خود به خود را یک سال بعد از عمل نشان می‌دهد که بخوبی کار می‌کند.



شکل ۳. اسکن ایزوتوپ در بیماری قبلی وضع کلیه‌های بیمار را بعد از عمل پیوند کلیه از خود به خود نشان می‌دهد. الف) کلیه پیوندی در طرف راست و پایین شکم دیده می‌شود که با علامت پیکان مشخص شده است؛ ب) ماده حاجب در حال تخلیه از کلیه‌ها و پر شدن مثانه دیده می‌شود. بعد از هفت سال، جریان ادرار از مدفوع جدا و تمام ادرار به مسیر طبیعی یعنی مثانه و مجرا بازگشت.

در شرایط خاصی با استفاده از این روش بتواند کلیه را از نفروکتومی بی مورد حفظ نماید. در ضمن در عده ای از بیماران که به علت انجام اعمال جراحی مختلف ادرار آنها از محل غیرطبیعی خارج شده است و از استفاده از کیسه دائمی ادرار در رنجند و یا ادرارشان از مدفوع خارج

می شود. می توان با به کار بردن روشهای جراحی مختلف از جمله پیوند کلیه از خود به خود، با بازگرداندن ادرار آنها به مسیر طبیعی آنها را تقریباً به زندگی عادی یا نزدیک به عادی برگرداند.

مراجع

1. Urinary Diversion, edited by Michael Handley, Ashken Springer Verlag, 1982, pp 52—55
2. Novick AC: Extracorporeal renal surgery and autotransplantation with 38 patients. Presented at XX congress of international Society of urology, May 1985
3. Hardy W, Hendren: Urinary Undiversion in Urologic Surgery, edited by JF Glenn, 1983. pp 527—46
4. Hardy JD: High ureteral injuries. Management by autotransplantation of kidney. JAMA 184, 97, 1963

امروز دنیا، دنیای استقامت و شرف است
علمی صنعتی است

حجۃ الاسلام خاندانی رئیس جمهور