

برگشت کامل عمل کرد کلیه پیوندی ۲ ماه پس از برداشتن استنت اورتر (گزارش ۱ مورد)

چکیده

عوارض ارولوژیک بعد از پیوند کلیه در بسیاری از مراکز پیوند گزارش شده است. اغلب تیم‌های جراحی جهت پیش‌گیری از عوارض ارولوژیک به خصوص انسداد ادراری بعد از عمل پیوند، برای بیماران استنت اورتر (لوله حالی) می‌گذارند. در این گزارش خانم ۴۰ ساله‌ای معرفی می‌گردد که تحت عمل پیوند کلیه از دهنده زنده غیرفامیل قرار گرفته بود و به دلیل کوچک بودن مثانه استنت ادراری برای وی گذاشته شده بود. عمل جراحی بدون عوارضی مانند خون‌ریزی یا کاهش فشار خون انجام شد. با وجود این، حجم ادرار در روز اول به ۸۵۰۰ میلی‌لیتر و سپس به ۳۰۰ میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت کاهش یافت و به مدت ۲ ماه بیمار الیگوآنوریک بود. پس از ۳ ماه بیمار با برنامه همودیالیز نگه‌دارنده مرخص گردید و تحت بیهوشی موضعی تصمیم به خارج کردن استنت ادراری گرفته شد که در کمال تعجب دیورز شدید و برگشت تست‌های عمل‌کرد کلیه به حالت طبیعی مشاهده گردید. بیمار با پیوند طبیعی مرخص شد و در حال حاضر پس از ۲ سال پی‌گیری، عمل‌کرد کلیه طبیعی است. با توجه به مورد معرفی شده پیشنهاد می‌شود که انسداد ادراری به دنبال قرار گرفتن نابه‌جای استنت ادراری در تشخیص افتراقی اختلال کار کلیه پیوندی در نظر گرفته شود.

*دکتر عزت‌آبادی... عبدی I
دکتر حسین رسولی II

کلیدواژه‌ها: ۱- پیوند کلیه ۲- پیوند از کلیه غریبه ۳- همودیالیز

مقدمه

در این گزارش یک مورد نادر از انسداد ادراری کلیه پیوندی ناشی از استنت ادراری معرفی می‌شود که پس از ۱ دوره ۲ ماهه الیگوآنوریک بعد از پیوند و دریافت داروهای ضد پس زدگی کلیه به طور کامل، تصمیم گرفته شد تا بیمار روی درمان همودیالیز نگه‌دارنده مرخص شود اما با کمال تعجب به دنبال خروج استنت ادراری دیورز قابل توجه همراه با برگشت کامل عمل‌کرد کلیه پیوندی مشاهده شد و اکنون نیز پس از ۲ سال پی‌گیری، بیمار با عمل‌کرد طبیعی کلیه پیوندی تحت درمان با حداقل میزان داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی (ایمونوساپرسیو) می‌باشد.

براساس آمار موجود بین سال‌های ۱۳۶۵ تا نیمه اول سال ۱۳۸۲ تعداد ۱۷۰۰ مورد پیوند کلیه از دهندگان زنده فامیل و غیر فامیل در مرکز پیوند کلیه هاشمی نژاد انجام شده است.^(۱) در طی ۱۷ سال گذشته در مورد گذاشتن استنت ادراری در محل اتصال حالب به مثانه بین گروه‌های جراحی اختلاف نظر وجود داشته است. در دوره‌هایی، بیماران در اتاق عمل با استنت و در زمانی بدون استنت ادراری عمل شدند. در بررسی پرونده بیماران برای حدود ۴۰٪ از بیماران به خصوص در سال‌های اخیر استنت ادراری گذاشته شده بود.^(۲)

این مقاله در بیست و پنجمین سالگرد پیوند کلیه در ترکیه سال ۱۳۸۰ ارائه شده است.

(I) استادیار و فوق تخصص بیماری‌های کلیه، بیمارستان هاشمی‌نژاد، میدان ونک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران (*مؤلف مسئول)

(II) استادیار جراحی عمومی، بیمارستان هاشمی‌نژاد، میدان ونک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

معرفی بیمار

بیمار (مهرانگیز-الف) خانم ۴۰ ساله‌ای بود که به علت نارسایی مزمن کلیوی ناشی از گلوپروپولونفریت ممبرانوپروپولونفریت از سال ۱۳۶۷ تحت درمان نگه دارنده با همودیالیز به صورت هفته‌ای ۳ بار قرار داشت.

بیمار در تیر ماه ۱۳۷۸ جهت انجام شدن پیوند کلیه از دهنده کلیه غیر فامیل در بیمارستان بستری شد و تحت عمل جراحی قرار گرفت.

تمام آزمایش‌ها و رادیوگرافی‌های انجام شده قبل از پیوند مانند آزمایش‌های معمول (تست‌های سرولوژیک و ایمونولوژیک)، اکوکاردیوگرافی، مشاوره قلبی و اندوسکوپی سیستم گوارش در حد قابل قبول بودند.

رادیوگرافی رتروگراد مثانه به شکل مثانه پر و خالی یک مثانه کوچک ناشی از Disuse Bladder را نشان داد اما با توجه به تخلیه کامل، منعی برای عمل جراحی وجود نداشت بنابراین تصمیم گرفته شد تا برای بیمار استنت ادراری گذاشته شود.

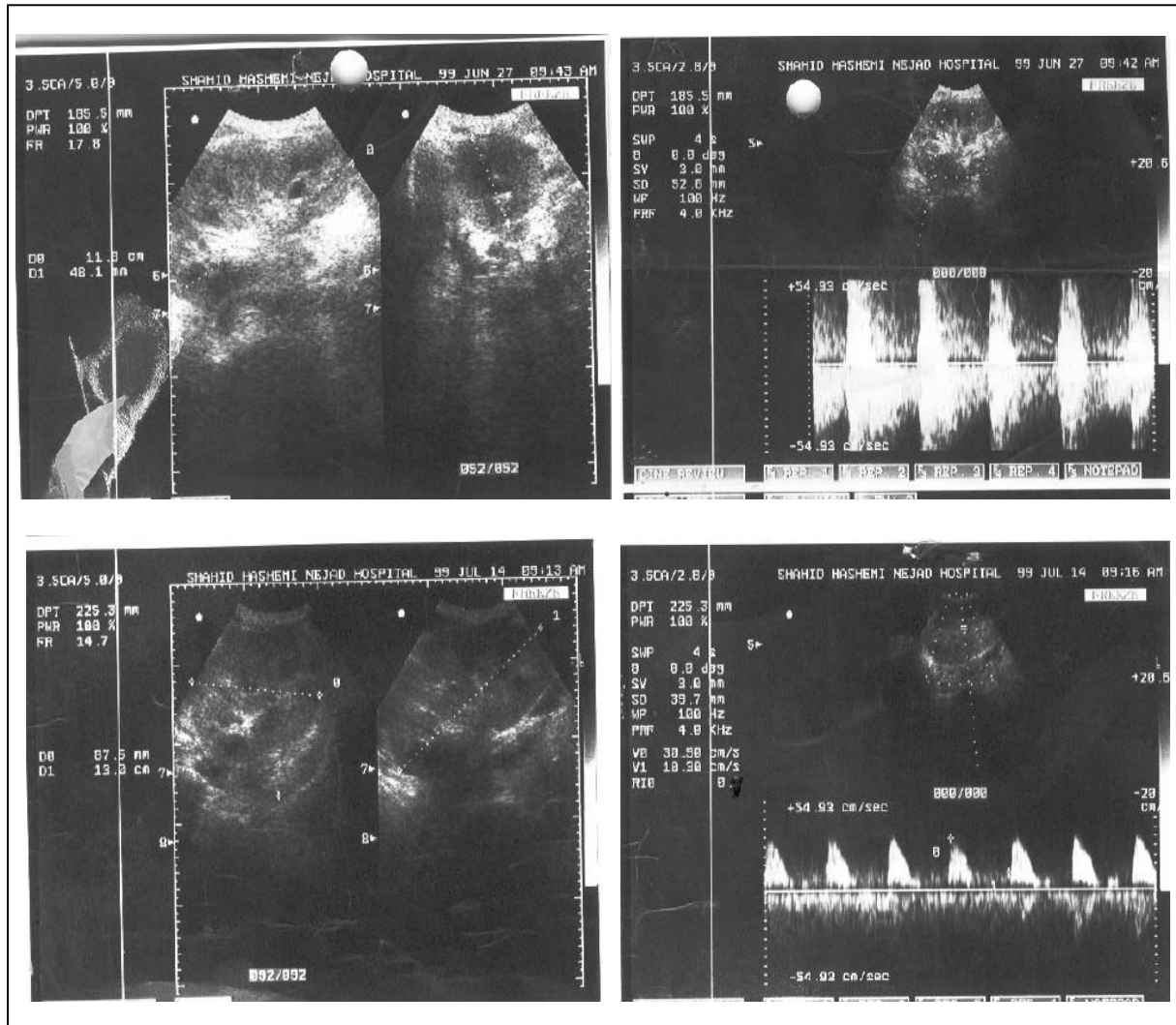
عمل جراحی بدون هیچ‌گونه عارضه‌ای در حین عمل (شوک - خون‌ریزی و افزایش فشار خون) انجام شد و دیورز در بیمار بلافاصله پس از پیوند شروع شد که در ۲۴ ساعت اول ۸۲۲۰ میلی‌لیتر ادرار داشته است.

این میزان در روز دوم به کم‌تر از ۶۰۰ میلی‌لیتر و سپس به حجم ۵۰ میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت کاهش یافت. (جدول شماره ۱) سونوگرافی و اسکنی که به طور اورژانس انجام شد، انسداد را مطرح نکرد و طبق اطلاعات موجود در پرونده الیگوانوری به مدت ۲ ماه باقی مانده بود.

برای بیمار ۳ تشخیص بالینی مطرح گردید و آزمایش‌ها و مطالعات سونوگرافی و رادیوایزوتوپ جهت کمک به تشخیص بالینی صورت گرفت که عبارت بودند از: ۱- انسداد محل عمل ۲- Accelerated Rejection. ۳- با احتمال کم‌تر (ATN(Acute Tubular Necrosis) (تصویر شماره ۱)

جدول شماره ۱- نمودار آزمایش‌ها و روش درمانی در هفته اول پیوند

تاریخ	اوره	کراتینین	جمع ادرار	ملاحظات
۸۲/۰۴/۰۲	۳۲	۴/۸	سی‌سی ۸۲۲۰	---
۸۲/۰۴/۰۳	۵۳	۳	سی‌سی ۵۲۵	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۰۴	۶۸	۷/۲	سی‌سی ۳۰۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۰۵	۹۵	۱۱/۳	سی‌سی ۲۰۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۰۶	۶۰	۸	سی‌سی ۱۰۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۰۷	۸۰	۱۰/۲	سی‌سی ۱۰۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۰۸	۸۳	۱۰/۸	سی‌سی ۵۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۰۹	۶۳	۶/۸	سی‌سی ۱۰۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۱۰	۸۵	۹/۱	سی‌سی ۵۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۱۱	۷۷	۸/۱	سی‌سی ۲۴۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۱۲	۶۳	۸/۴	سی‌سی ۳۰۰	درمان با گلوبولین ضد تیموسیت (ATG)
۸۲/۰۴/۱۳	۶۸	۸/۲	سی‌سی ۲۰۰	---



تصویر شماره ۱- سونوگرافی و داپلر سونوگرافی که در این بیمار بیشتر به نفع پس‌زدگی کلیه پیوندی بود تا علائم انسدادی

پس از ۶ هفته با رد کردن تشخیص بالینی الیگوانوری ناشی از ATN و نیز پاسخ تأخیری به درمان‌های سرکوب کننده ایمنی، برنامه درمانی همودیالیز نگه‌دارنده و توصیه به عمل جراحی دوم در فرصتی دیگر به بیمار اجازه مرخص شدن داده شد اما قبل از آن تحت بی‌حسی موضعی اقدام به خارج کردن استنت ادراری شد که در کمال تعجب با برداشتن استنت، دیورز بیمار شروع شد (جدول شماره ۲) و طی روزهای بعد حجم ادراری به ۱۰۰۰-۵۰۰ و سپس ۳۰۰۰ میلی‌لیتر در ۲۴ ساعت رسید که به طور هم‌زمان با کاهش تدریجی اوره، کراتینین و سایر شاخص‌ها سبب بهبودی کار کلیه گردید.

در این بررسی‌ها یافته‌ای به نفع انسداد یا ATN وجود نداشت به همین علت بیمار به طور کلاسیک با ATG به مدت ۱۰ روز درمان شد. همچنین از روز اول برای بیمار درمان با پالس متیل پردنیزولون و داروهای سرکوب کننده ایمنی خوراکی شروع شده بود.

در روز چهاردهم بعد از عمل بیوپسی کلیه پیوندی انجام شد که گزارش آسیب‌شناسی خیلی کمک کننده نبود اما احتمال Rejection کلیه پیوندی بیش از همه مطرح بود. در این زمان بیمار تحت درمان با همودیالیز نگه‌دارنده هفته‌ای ۳ بار قرار گرفت اما الیگوری همچنان باقی‌مانده بود.

جدول شماره ۲- نمودار آزمایش‌ها و روش درمانی در هفته هشتم

پیوند				ملاحظات
تاریخ	اوره	کراتینین	جمع ادرار	
۷۸/۰۶/۱۴	۴۹	۱۰/۲	۲۵۰	
۷۸/۰۶/۱۵	۵۹	۷/۲	۲۱۰	
۷۸/۰۶/۱۶	۵۰	۹/۶	۲۰۰	
۷۸/۰۶/۱۷	۴۵	۷/۷	۱۰۰	
۷۸/۰۶/۱۸	۴۶	۷/۸	---	خارج کردن
۷۸/۰۶/۱۹	۴۷	۱۱/۹	۱۵۰	استنت ادراری
۷۸/۰۶/۲۰	۴۷	۸/۱	۱۰۰	
۷۸/۰۶/۲۱	۵۰	۶/۲	۶۱۰	
۷۸/۰۶/۲۲	۴۸	۶	۱۲۵۰	
۷۸/۰۶/۲۳	۴۴	۵/۹	۲۴۰۰	
۷۸/۰۶/۲۴	۴۴	۵/۹	۲۴۰۰	
۷۸/۰۶/۲۵	۴۸	۵/۲	۳۵۰۰	

جراحان این رشته است اما خود استنت می‌تواند سبب بروز عوارضی مانند سیستیت، هماتوری، ریفلاکس و زیکواورترال، انسداد ادراری و عفونت گردد^(۱) به همین دلیل بسیاری از مراکز پیوند استفاده هم‌زمان از داروهایی مانند کوتریموکسازول را جهت پیش‌گیری و کاهش میزان UTI ناشی از استنت^(۷) و نیز خروج استنت ادراری در اولین فرصت ممکن پس از عمل را جهت کاهش میزان UTI توصیه می‌کنند.^(۸)

انسداد ادراری ناشی از استنت ادراری در کلیه پیوندی گزارش شده است.^(۹)

در مورد بیمار گزارش شده نیز تمام شواهد پاسخ بالینی و درمانی و دیورز مشخص بیمار پس از برداشتن استنت همراه با بهبودی تست‌های کلیوی به نفع انسداد ناشی از استنت بود.

پی‌گیری ۳ ساله و کار طبیعی کلیه‌ها نیز خود دلیلی برای رد سایر احتمالات مانند Rejection یا ATN است. به عبارت دیگر پیش‌آگهی بسیار خوب این بیمار پس از ۳ سال تنها در موارد قابل برگشت انسداد ادراری قابل توجیه و قابل قبول است.

به عنوان یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت اگر چه هدف از گذاشتن استنت ادراری جلوگیری از انسدادهای زودرس و کاهش عوارض ارولوژیک و کمک به تشخیص بالینی انسداد از سایر علل عدم عمل‌کرد کلیه است، همان‌طور که در مطالعات سایر محققان نیز گزارش شده است در مواردی که یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی به طور قطعی مطرح‌کننده تشخیص ATN یا Rejection نیستند و به خصوص در مواردی که پاسخ درمانی مناسب به اقدامات درمانی در بیمار وجود ندارد، انسداد ناشی از استنت ادراری باید در نظر گرفته شود.

منابع

1- Ahad j. Ghods changing ethics in renal transplantation, presentation of Iran model. Experimental and clinical transplatnation 2003; 1:3.

بیمار پس از ۲ هفته با $BUN=22$ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و کراتینین $=1/2$ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، سونوگرافی و اسکن طبیعی کلیه پیوندی بدون نیاز به درمان دیالیز مرخص شد و طبق برنامه تعیین شده در یک پی‌گیری ۳۶ ماهه از زمان ترخیص، بیمار هر ۲ ماه ۱ بار ویزیت شد و تحت درمان با سیکلوسپورین به میزان ۲۰۰ میلی‌گرم، پردنیزولون ۱۰ میلی‌گرم و ایموران ۱۰۰ میلی‌گرم روزانه قرار گرفت. ذکر این نکته لازم است که بیمار با کار طبیعی کلیه پیوندی تحت پی‌گیری است.^(۲)

بحث

شیوع عوارض ارولوژیک بعد از پیوند کلیه ۳۰-۹٪ گزارش شده است.^(۳) شیوع این عوارض در دهه گذشته به دلیل وجود عواملی مانند بهبود روش‌های جراحی و استفاده از روش‌های جدید در Implantation حالب و نیز به علت اصلاح عوارض توسط جراحی‌های اندوارولوژی کاهش یافته است.^(۴) شیوع انسداد ادراری بعد از پیوند کلیه بین ۳-۸٪ گزارش شده است.^(۵)

گذاشتن استنت ادراری جهت پیش‌گیری و درمان عوارضی مانند Leakage و انسداد مورد قبول اغلب

2- E Abdi, H Rasouli. Complete recovery of transplant kidney function 2 month after removal of uretral stent case report. abstract book. 25 years in renal transplantation-poster presentation Ankara-Turkey; 2001: 117.

3- Naragi RM, Jordan ML. Renal transplantation. 1st ed. Stamford CT appleton and lange: simon and schuster; 1997. p. 267.

4- G. Pourmand, AR. Mehri, M. Taheri. Evaluation of endourological intervention used to treat urological complication in 394 kidney recipient. Transplantation proceeding 2000; 32: 524.

5- Collado A, Caparros J, Guirado L. EUR Urology complication after kidney transplantation. eururolog 1998; 34: 399.

6- Frank JJ, Smith JA. Campbell's urology. 7th ed. Philadelphia: WB sanders; 1998. p. 3065.

7- H. Argani. The role of stent and co-Trimoxazol in prevention of UTI after kidney transplantation. Transplantation proceeding 2001; 33: 2667.

8- D. Grabkin. Early catheter removal decrease UTI in renal transplant recipient. Transplantation proceeding 1998; 30: 4314-6.

Complete Recovery of Transplanted Kidney Function Two Months after Removal of Ureteral Stent: A Case Report

^I
***E. Abdi, MD**

^{II}
H. Rassouli, MD

Abstract

Urological complications after kidney transplantation (Tx) have been reported by many transplant centers. Most of surgical teams have planned for ureteral stent to prevent these urological complications especially urinary tract obstruction. In this report we present a 40-year-old woman who received a kidney allograft from a living unrelated donor (LURD) in May 1999. Because of disused small bladder, indication for ureteral stent was proved. Renal Tx was done without any intra-operative complications, such as hypertension or abnormal bleeding, but urinary output decreased from 8500 ml/24 hrs on the first post-operative day to 300 ml/24 hrs and patient remained oligotenic for two months. After 3 months the patient referred with maintenance hemodialysis (HD) and then ureteral stent was decided to be removed under local anesthesia which surprisingly led to brisk dialysis. Renal function test declined and patient was discharged with good functioning graft and remained normal after 3-year follow-up. We conclude that ureteral obstruction due to ureteral stent malposition must be considered as a differential diagnosis of renal allograft dysfunction.

Key Words: 1) Kidney Transplantation (Tx)
2) Living Unrelated Donor (LURD)
3) Hemodialysis (HD)

This article has been presented in the 25th Anniversary of Kidney Transplantation held in Turkey 2001.

I) Assistant Professor of Nephrology. Hashemi Nejad Hospital. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Assistant Professor of General Surgery. Hashemi Nejad Hospital. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.