

گزارش یک مورد نادر پاسخ به درمان غیر جراحی در بیمار مبتلا به کلیه پلی کیستیک اتوژومال غالب با پیوسيست های متعدد دو طرفه

چکیده

زمینه و هدف: بیماری پلی کیستیک اتوژومال غالب بالغین، شایع ترین بیماری ارشی کلیه در بالغین است. حدود ۳۰-۵٪ از این بیماران به بیش از یک مورد عفونت ادراری در زندگی مبتلا می شوند. در صورتی که عفونت یک یا چند کیست را درگیر کند، درمان مشکل بوده و در صورت عدم پاسخ به درمان های دارویی نفرکتومی اجتناب ناپذیر خواهد بود.

معرفی بیمار: در این مقاله خانم ۶۵ ساله مبتلا به بیماری پلی کیستیک اتوژومال غالب بالغین و دیابت معرفی می شود که دچار عفونت چند کیست شده، به درمان آنتی بیوتیک پاسخ نداده و با درناز تحت هدایت سونوگرافی و شیستشوی مکرر چند کیست درمان شد.

نتیجه گیری: تخلیه ای کیست های عفونی در بیماری پلی کیستیک تحت هدایت سونوگرافی و شیستشوی آنها می تواند به عنوان جایگزین درمانی برای بیمارانی که به درمان دارویی پاسخ نداده و کاندید نفرکتومی شده اند، مطرح باشد.

کلیدواژه ها: ۱- بیماری پلی کیستیک اتوژومال غالب کلیه، ۲- پیوسيست، ۳- درناز، ۴- پرکوتانثوس

دکتر حسین نژاد گشتی I

*دکتر فروغ سبز قبائی II

دکتر داریوش ساعدی III

مقدمه

است، باعث حفظ کلیه های بیمار و اجتناب از انجام نفرکتومی دو طرفه گردید.

معرفی بیمار

خانم ۶۵ ساله ای با سابقه دیابت و فشار خون بالا با شکایت درد هر دو پهلو، سوزش و تکرر ادرار از ۲۰ روز قبل به بخش اورژانس مراجعه کرد. از ۴ روز پیش از مراجعه تهوع، استقراغ و کاهش حجم ادرار نیز به شکایات وی اضافه شده بود. قبل از مراجعه، یک هفتۀ تحت درمان سرپاپی با جنتاماپسین داخل عضلانی قرار گرفته بود. در معاینات اولیه یافته ها به قرار زیر بود:

OT: 37.9 PR: 90/min PR:20/min BP: 130/80
(CVAT) Costo - Vertebral Angle Tenderness بیمار pale بود و دو طرفه داشت. در اولین سونوگرافی انجام شده، هر دو

در حدود ۲۰-۳۰٪ از بیماران مبتلا به بیماری پلی کیستیک کلیه اتوژومال غالب بالغین (Autosomal Dominant Poly Cystic Kidney Disease - ADPKD) یک یا بیشتر از یک مورد عفونت ادراری را در زندگی تجربه می کنند^(۱-۳). این عفونت معمولاً قسمت های تحتانی سیستم ادراری و یا پارانشیم کلیه را درگیر می سازد. اما عفونت یک یا چند کیست، عارضه و خیمی است که از نظر تشخیص و درمان اغلب مشکل آفرین است و در صورت مقاومت کیست های عفونی به درمان با آنتی بیوتیک، نفرکتومی اجتناب ناپذیر می باشد. در این گزارش، سیر بالینی یک بیمار مبتلا به ADPKD شرح داده می شود که با تشخیص عفونت دو طرفه چند کیست، به درمان ترکیبی آنتی بیوتیک پاسخ نداد و با درناز کیست ها تحت هدایت سونوگرافی و شیستشوی مکرر آنها درمان شد. این روش درمانی که به ندرت در درمان بیماران ADPKD مبتلا به پیوسيست به کار برده شده

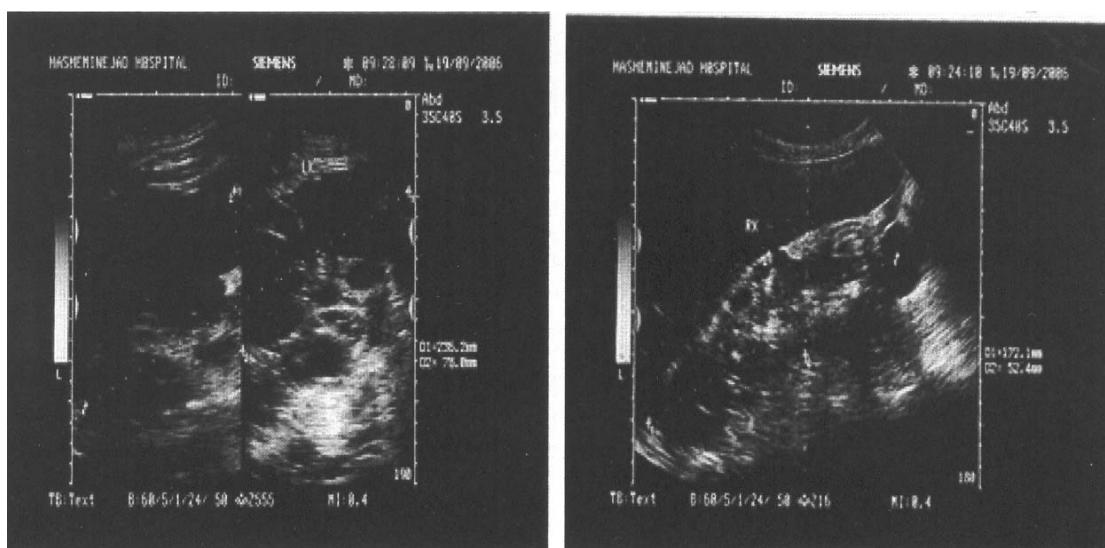
(I) استادیار و فوق تخصص نفرولوژی، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران تهران، ایران

(II) دستیار فوق تخصصی نفرولوژی، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسئول)

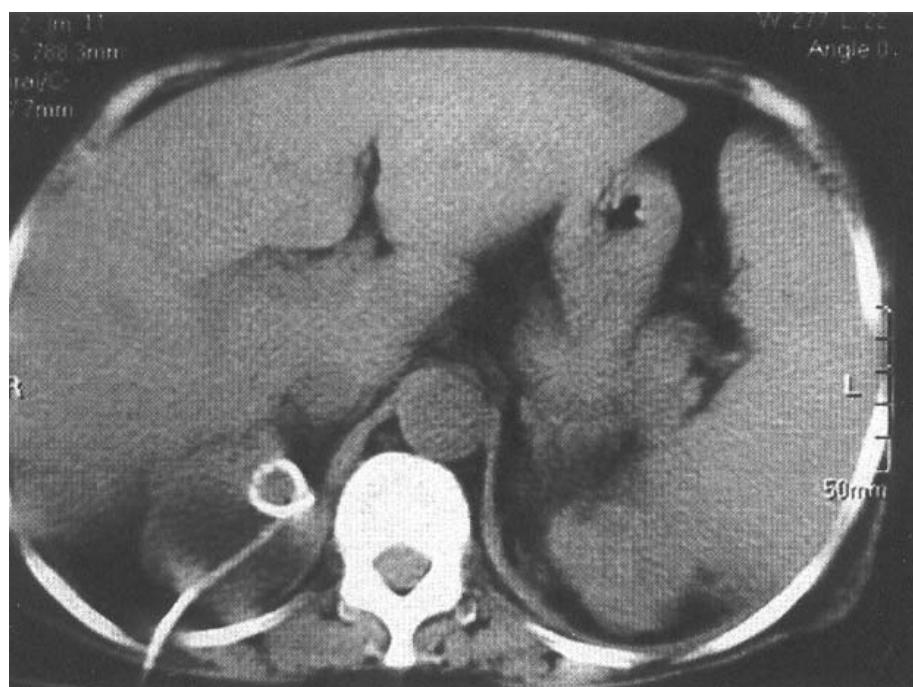
(III) استادیار و متخصص رادیولوژی، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران

E.coli>100.0000 colony count بود. در روز نهم بستری با توجه به ادامه تب، Ciprofloxacin قطع و Piperacillin-Tazobactam با دوز ۲/۲۵ gr/bd شروع گردید و ۲۴ ساعت بعد تب بیمار قطع شد. در روز بیستم بستری، بیمار مجدداً تب دار شد و به سرعت چار تاکی کاردی، تاکی پنه و افت مختصر فشار خون گردید و با تابلوی sepsis به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شد.

کلیه بزرگ و حاوی کیست‌های متعدد با ابعاد مختلف (ADPKD) به همراه یک سنگ به ابعاد ۸ میلی‌متر در کالیس میانی کلیه راست گزارش گردید (شکل شماره ۱). بیمار تحت درمان با Ciprofloxacin (۱) داخل وریدی قرار گرفت، اما تب وی همچنان ادامه یافت. در روز چهارم بستری با تشخیص ناشی از آمینوگلیکوژید، یک نوبت همودیالیز شد. پاسخ کشت ادرار روز اول



شکل شماره ۱- تصاویر سونوگرافی کلیه‌های بیمار



شکل شماره ۲- درن نفروستومی در محل پیوسیست کلیه راست

جدول شماره ۱- یافته‌های آزمایشگاهی					
	روز اول بستره	روز چهارم بستره	روز بیست و نهم بستره	روز قبل ترخیص بستره	
WBC $10^3/\text{ml}$	۱۸۷۰۰		۱۱۹۰۰	۷۹۰۰	
Hb g/dl	۹/۳		۶/۷	۸/۵	
Plt	۵۴۷۰۰۰		۲۳۴۰۰۰	۲۷۰۰۰۰	
FBS (mg/dl)	۲۲۶	۱۱۳	۱۰۴	۷۸	
BUN(mg/dl)	۵۸	۶۵	۲۳	۲۰	
Cr	۶/۳	۶	۲	۱/۸	
Na (mg/dl)	۱۳۴	۱۳۲	۱۳۶	۱/۲۸	
K(meq/l)	۴/۹	۴/۶	۲/۳	۰	
AST units/L		۱۳			
ALT units/L		۶			
Albumin(gm/dl)		۲/۷			
Total protein(gm/dl)		۷/۸			
Ca (mg/dl)		۸/۷			
P(mg/dl)		۴/۴			
Urine analysis					
pH	۵		۵		
Specific gravity	۱۰.۱۷		۱۰.۰۵		
Protein	۱+		—		
Blood	۱+		—		
WBC	many		۳-۵		
RBC	۹-۱۰		۰-۱		

بحث

بیماری پلی کیستیک اتوزومال غالب بالغین (ADPKD) شایع‌ترین بیماری پلی کیستیک کلیه با شیوع ۱ در ۵۰۰ تا ۱ در هر ۱۰۰۰ نفر است^(۴). حدود ۳۰-۲۰٪ این بیماران در طول زندگی به یک یا چند اپیزود عفونت دستگاه ادراری (UTI- urinary tract infection) مبتلا می‌شوند^(۳). عفونت سیستم ادراری در این بیماران معمولاً به شکل درگیری پارانشیمال و پیلونفریت است. عفونت کیست هم در این بیماران شایع می‌باشد. افتراق بین این دو اغلب مشکل است^(۶). عفونت کیست معمولاً یک طرفه است و در صورتی که با پیلونفریت همراه نباشد، با باکتریمی و باکتریوری همراه نیست. اگر کیست عفونی با سیستم جمع کننده ادرار در ارتباط نباشد، ممکن است کشت ادرار منفی باشد.^{(۱) و (۴)} در صورتی که بیمار

در سونوگرافی انجام شده در این روز، در بعضی از کیست‌های کلیه septation و کلیویکاپیون گزارش گردید و تشخیص احتمالی پیوسيست برای وی مطرح شد. به علت ادامه تب و تحت هدایت سونوگرافی از بزرگترین کیست کلیه راست، پونکسیون به عمل آمد که مقداری چرک خارج و یک درن نفروستومی در محل کیست تعییه شد و شستشوی روزانه درن با نرم‌مال سالین برقرار گردید (شکل شماره ۲).

پاسخ کشت محتویات کیست باز هم $E.coli > 100.000$ بود. عملکرد کلیوی بیمار به تدریج بهبود یافت (جدول شماره ۱). علی‌رغم خروج بیمار از شرایط بحرانی، تب وی همچنان ادامه داشت. در روز سی ام بستره Trimetoprime-Sulfametaxazole داخل وریدی نیز به درمان اضافه شد. به دلیل تداوم تب، سی‌تی اسکن اسپیرال کلیه‌ها و سونوگرافی مجدد انجام گردید که نشان داد کیست‌های بزرگ کلیه راست تخلیه شده و درن نفروستومی در محل باقی است. ولی این بار در کلیه چپ، کیست‌های بزرگ با septation دیده شد که در بزرگترین آن‌ها درن نفروستومی قرار داده شد. با توجه به بهبود نسبی حال عمومی بیمار، تصمیم به انجام نفرکتومی به تعویق انداخته شد. در سونوگرافی بعدی مشاهده گردید کیست‌های قبلی تخلیه شده است و این بار در بزرگترین کیست باقیمانده سمپ چپ، درن نفروستومی جدیدی تعییه شد. در روز چهل و چهارم بستره، تب بیمار قطع گردید. هر سه درن تعییه شده در کیست‌های کلیوی روزانه شستشو داده شد و هر روز وضعیت درن‌ها و اندازه کیست‌ها توسط سونوگرافی کنترل گردید. روز پس از قطع تب، آنتی‌بیوتیک‌ها به فرم خوارکی تبدیل شد و بیمار با دستور ادامه Trimetoprime - Sulfametaxazole و Ciprofloxacin خوراکی تا ۳ ماه مرخص گردید.

در پیگیری وضعیت بیمار تا یک سال پس از این بستره، بیمار هیچ اثر دیگری از عفونت ادراری نداشته، کشت ادرار در پیگیری منفی و عملکرد کلیه در حدود Cr=2 حفظ گردید.

عفونی شده است، تخلیه کیست عفونی از طریق پوست (percutaneous drainage) مشکل است^(۸). نویسندهای این مقاله در بررسی متون پزشکی (literature) به یک مورد درناژپرکوتانئوس موفقیت آمیز کیست عفونی در فرد مبتلا به ADPKD برخورد کردند. در آن مورد، سی‌تی‌اسکن یک کیست بزرگ مشخص را در قطب تحتانی کلیه چپ نشان داده بود.^(۱۲) در بیماری که معرفی شد: ۱) برخلاف معمول که پیوسيست معمولاً یک طرفه است، کیست‌های هر دو طرف عفونی بود. ۲) علی‌رغم درمان با دوز و مدت کافی با دو آنتی‌بیوتیک مناسب، عفونت بیمار کنترل نشد. ۳) با وجود اینکه یافتن کیستی که عفونی شده است توسط سونوگرافی مشکل و بعيد بود، با درناژ کیست‌های بزرگ هر دو طرف و به دنبال آن شستشوی مکرر داخل کیست‌ها و نیز کنترل روزانه محل تعییه درن‌ها و پاسخ حجم مایع کیست‌ها به این درمان، عفونت کنترل گردید.

بعد از ۷-۵ روز به درمان‌های آنتی‌بیوتکی معمول پاسخ نداد، باید به فکر عفونت کیست بود^(۹). یافته‌های رادیولوژیک، کمک چندانی در افتراق عفونت کیست از خونریزی جدید یا قبلی داخل کیست نمی‌کند؛ خصوصاً سی‌تی اسکن که تغییرات مشابه را در هر دو به صورت ضخیم شدن دیواره کیست نشان می‌دهد^(۱۰). اسکن گالیوم یا ایندیوم، تنها کانون‌های التهابی را در کلیه مشخص می‌کند و در نیمی از بیماران مثبت است.^{(۱۱) و ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶}

اغلب کیست‌ها به آنتی‌بیوتیک‌های قطبی مثل آمینوگلیکوزیدها و سفالوسپورین‌ها نفوذپذیرند^(۵) اما، تعداد کمی از کیست‌ها نسبتاً نفوذناپذیرند و لازم است از آنتی‌بیوتیک‌های محلول در چربی مثل کوتريموکسازول، سیپروفلوکساسین، و کلامفینیکل برای نفوذ به داخل کیست استفاده کرد^(۱۰).

از آنجایی که با یافته‌های رادیولوژیک نمی‌توان مشخص کرد که کدام کیست از بین کیست‌های متعدد

فهرست منابع

1- Sklar AH, Carvana RJ, Lammery JE, Strawer GD. Renal infections in ADPKD. AMJ Kidney dis 1987; 10:81.

2- Schwab SJ, Bander SJ, Klahr S. Renal infection in ADPKD. Am J Med 1987;82:714.

3- Gabow PA, Bennett WM. Renal manifestations, complication, management and long term outcome of ADPKD. Semin nephrol 1991;11:643.

4- Rizk D, Chapman AB. Cystic & inherited kidney dis. Am J kidney Dis 2003;42:1305.

5- Barry P, Brenner. The kidney. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. P.1752-1753

6- Elzinga Lw, Pulliam Jp, Rashad AL, Barry JM. Cyst fluid antibiotic concentrations in ADPKD. Am J kidney Dis 1985;6:400

7- Gibson P, Watson ML. Cyst infection in polycystic

kidney dis. A clinical challenge. NDT 1998; 13:2455.

8- Grantham JJ, Geiser JL, Evans EP. Cyst formation and growth in autosomal dominant polycystic kidney disease. Kidney Int 1987;31:1145.

9- Elzinga LW, Golper TA, Rashad AL, Carr ME, Bennet WM. Cotrimoxazole in cyst fluid from ADPKD. Kidney Int 1987;32:884.

10- Schwab SJ, Weaver ME. Penetration of trimetoprim and sulfametoxazole in a patient with ADPKD. AM J Kidney Dis 1986;7:434.

11- Elzinga LW, Golper TA, Rashad AL car Me, Bennet WM. Ciprofloxacin activity in cyst fluid from polycystic kidneys. Antimicrobial agents chemther 1988; 32:844.

12- Chapman AB, Thickman D, Gabow PA. Percutaneus cyst puncture in the treatment of cyst infection in ADPKD. AM J Kidney Dis 1990;16:252.

Rare Response to Nonsurgical Treatment In a Patient with Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease and Bilateral Multiple Pyocysts; a Case Report

H. Nedjadgashti, MD^I *F. Sabzghabaie, MD^{II} D. Saedi, MD^{III}

Abstract

Introduction: Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) is the most prevalent inherited disease of kidney in adults. Approximately, 30-50 percent of these patients will have one or more urinary tract infections during their lifetime. Treatment is somewhat more complicated with an infected cyst and if the patient doesn't respond to antimicrobial therapy, surgical nephrectomy is the treatment of last resort.

Case report: In this article, we report a 56 year old woman with ADPKD and diabetes. The patient had multiple pyocysts and didn't respond to antimicrobial therapy. The cysts were drained and washed under sonography guidance and the patient was treated.

Conclusion: Drainage of pyocysts in ADPKD with sonographic guide and frequent rinsing can be a good replacement for nephrectomy in patients that don't respond to antimicrobial therapy and are candidates for nephrectomy.

Key words: 1) Autosomal dominant polycystic kidney disease 2) Pyocyst
3) Percutaneus drainage

I) Assistant Professor of Nephrology, Shaheed Hashemi Nejad Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

II) Fellow of Nephrology, Shaheed Hashemi Nejad Hospital, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding Author)

III) Assistant Professor of Radiology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran