

چرخش پایه کلیه ضمن عمل جراحی به منظور پیلولیتومی^۱ به تنهایی یا همراه با خارج کردن سنگ کالیس^۲ تحتانی (گزارش سه مورد)

دکتر حیات ممبینی^۱، دکتر علی آقائی^۲

خلاصه:

چرخش پایه کلیه عارضه نادری است که تاکنون در کتاب های مرجع نسامی از آن برده نشده است. علت آن آزاد کردن بیش از حد کلیه در حین عمل جراحی در عملهای جراحی مشکل است و اغلب در بیماران لاغر اندام که فاقد چربی خلف صفاقی^۳ هستند ایجاد می شود، لذا توصیه به عدم آزاد کردن کامل کلیه خود می تواند مانع از بروز چنین عارضه ای شود و از سویی در صورت بروز، تشخیص به موقع که با وجود تغییر رنگ در کلیه ظاهر می شود و درمان به موقع آن می تواند مانع از بروز عارضه ای جدی شود.

واژه های کلیدی: پیلولیتومی، چرخش پایه کلیه، رفع چرخش

مقدمه:

رضایت بیمار و وجود کتراتندیکاسیونهای^۴ خاص مجبور به عمل باز هستیم (۳). هر عمل باز، مشکلات حین عمل و بعد از عمل مخصوص به خود را دارد اما چرخش کلیه در حین عمل جراحی عارضه ای بسیار نادر است بطوری که در منابع نامی از آن به عنوان عارضه حین عمل ذکر نشده است (۴، ۵ و ۶). لذا نویسنده در طی مدت ۱۰ سال و از بین ۱۵۵ مورد جراحی باز به سه مورد چرخش پایه کلیه برخورد نموده است که بعلت آزاد کردن بیش از حد کلیه بوده است. بطوریکه فقط پایه عروقی کلیه باقی مانده بود.

ابتلاء بشر به سنگهای دستگاه ادراری از دیرباز شناخته شده است (۱). بطور کلی شیوع سنگ ادراری در بین افراد مختلف بین ۳-۲٪ است. در گذشته تعداد زیادی از بیماران بعلت سنگ های ادراری تحت عمل جراحی باز قرار می گرفتند ولی با پیشرفتهای ایجاد شده در زمینه درمان سنگ، به روش هایی مانند شکستن سنگ به صورت خارج اندامی^۵ و پیشرفت جراحی اندویورولوژی^۶ به میزان خیلی زیادی از تعداد عمل جراحی باز کاسته شده است (۲) ولی هنوز هم در مواردی مانند عدم موفقیت های روش های فوق، ناهنجاری کلیه، عدم

* دانشیار بخش ارولوژی بیمارستان گلستان اهواز

** دستیار بخش ارولوژی بیمارستان گلستان اهواز

- 1- Pyel lithotomy
- 2- Calice
- 3- Retroperitoneal
- 4- Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy
- 5- Endourology
- 6- Contraindication

دریافت مقاله: ۷۹/۵/۲۹ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۰/۸/۸ اعلام قبولی: ۸۰/۸/۲۳

منظور جلوگیری از تکرار عارضه فوق، کلیه به عضله پسواس^۷ ثابت شده است. ضمناً با توجه به اینکه طول مدت چرخش بسیار کم و در حدود کمتر از ۵ دقیقه بوده است، لذا احتمال ضایعه کلیوی مطرح نبوده و بررسی از نظر اختلال عملکرد کلیه صورت نگرفته است. دو مورد مشابه دیگر در مردی ۴۷ ساله و پسر بچه ای ۱۲ ساله نیز وجود داشته است. ضمناً در تمام مدت عمل جراحی تنها یک نفر جراح در میدان عمل جراحی بوده است، لذا احتمال اینکه جراح بعدی بدون آگاهی عمل را ادامه داده و سبب چرخش کلیه شود، مطرح نبوده است.

بحث و نتیجه گیری:

چرخش کلیه پدیده ای فوق العاده نادر است بطوریکه در کتب مرجع نامی از آن به میان نیامده است (۴، ۵، ۶) علت ایجاد آن آزاد کردن بیش از حد کلیه است بطوریکه فقط پایه عروقی باقی می ماند و اغلب در بیمارانیکه دارای جثه لاغر و فاقد چربی ناحیه خلف صفاقی هستند، ایجاد می شود. در بیماران ما ضایعه فوق در هر سه مورد در طرف چپ و در دو مورد در افراد مذکر بوده است.

تشخیص ضایعه فوق نیازمند توجه جراح در ضمن عمل به تغییر رنگ کلیه است و درمان آن رفع چرخش^۸ که با چرخش ۱۸۰ درجه، کلیه به وضعیت طبیعی بر می گردد و به منظور جلوگیری از تکرار عارضه، لازم است کلیه به عضله پسواس^۹ ثابت شود و شاید بتوان گفت که پیام ما در این مورد عدم آزاد کردن کامل کلیه در اعمال جراحی ساده کلیه باشد و در مواردی که به منظور اعمال جراحی مشکل نیاز به آزاد کردن کامل کلیه داریم باید احتمال وقوع چنین پدیده ای را خصوصاً در افراد با مشخصات بالا در نظر داشته باشیم در بیماران ذکر شده به منظور پی بردن به عملکرد طبیعی کلیه قبل از ترخیص جهت آنان^{۱۰} IVP انجام شده بود که ترشح طبیعی کلیه ها را نشان داده است.

روش بررسی:

در مرکز پزشکی گلستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز به صورت گذشته نگر پرونده بیمارانی که در طی ۱۰ سال گذشته (۱۳۷۸ - ۱۳۶۸) به علت سنگ کلیه مورد جراحی باز قرار گرفته را مورد بررسی قرار داده ایم. در این مدت ۱۵۵ بیمار به دلایلی هم چون عدم موفقیت ESWL^۱ سنگهای متعدد، وجود سنگ همراه با تنگی ناحیه UPJ^۱، ناهنجاری کلیه و عدم رضایت بیمار مبنی بر ESWL، تحت عمل جراحی باز سیستم فوقانی ادراری قرار گرفته بوده اند. در موارد بزرگ بودن سنگ لگنچه و یا وجود لگنچه اینترانال^۲ و یا همراهی آن با سنگهای کالیس تحتانی و احتمال نفروتومی^۳، جهت خارج کردن سنگ مجبور به آزاد کردن کامل کلیه از بافت های اطراف شده بطوریکه فقط پایه عروقی کلیه باقی می ماند. در طی اعمال جراحی در سه مورد که کلیه بطور کامل آزاد شده بود کلیه دچار چرخش گردید بطوریکه رنگ آن کاملاً تغییر یافته و کبود شده بود و محل قطب فوقانی و قطب تحتانی کاملاً عوض شده بود بطوریکه قطب فوقانی در پائین و قطب تحتانی در بالا قرار گرفته بود.

معرفی بیمار:

خانم ۱۹ ساله ای بعلت سنگ شاخ گوزنی طرف چپ به ابعاد ۱۹ × ۳۱ میلی متر که لگنچه و کالیس های تحتانی و میانی و اینترانال را کاملاً پر کرده بود و عدم پاسخ به ESWL^۱ داوطلب پیلولیتومی^۴ شده بود، ضمن عمل بعلت توسعه سنگ به لگنچه های اینترانال و احتمال خونریزی و با لازم بودن نفروتومی به منظور دسترسی کامل به لگنچه قسمتی از سینوس^۵ کلیه باز شد و با برش روی لگنچه سنگ همراه با قطعات درون لگنچه ها^۶ خارج گردید. به منظور اطمینان از عدم وجود سنگ بار دیگر لگنچه بررسی شدند که متوجه تغییر رنگ کلیه به علت چرخش کلیه شدیم که به فوریت کلیه را حدود ۱۸۰ درجه چرخش داده ایم. بطوریکه رنگ کلیه کاملاً طبیعی گردید و پس از رفع چرخش به

1- Ureteropelvic junction stenosis

2- Intrarenal

3- Nephrotomy

4- Pyelolithotomy

5- Sinus

6- Calice

7- Psoas

8- DETORTION

9- Psoas

10- Intravenous Pyelography

References:

- 1- Drach GW. Campbell's urology: Urinary lithiasis, 7th ed Saunders Company 1998: 266.
- 2- Martin T. Campbell's urology, Shock wave lithotripsy, 7th ed saunder company 1998: 2735.
- 3- Eisenberger F. Principles of extra corporeal shock wave lithotripsy, contraindication of ESWL. Churhill Livingstone 1997: 185.
- 4- Novick AC. Campbell's urology of the kidney 7th ed Saunder Company 1998: 2973.
- 5- Boyce WH. Urologic surgery surgery for nephrothotomy. 3 ed Lippincott Company 1993: 181.
- 6- Thompson SD. Reoperative urology, Surgery of kidney. Little Brown Company 1995: 43.