

گزارش یک مورد نادر کلیه نابجای متقاطع با سنگهای متعدد و هیدروپیونفروز

دکتر سعید صمدزاده^۱، دکتر فرزین صمصامی^۲، دکتر فرخ قوام^۳

چکیده

پیش زمینه: کلیه نابجای متقاطع بیشتر در مردان و در مقایسه با زنان به نسبت دو به یک دیده می‌شود. نابجائی چپ به راست سه برابر نابجائی راست به چپ می‌باشد.
 معرفی بیمار: بیمار خانم ۳۲ ساله ایست که با توده شکمی مراجعه کرده بود و در سابقه عفونت‌های مکرر ادراری داشت. آزمایشات پاراکلینیکی دال بر کلیه نابجای متقاطع چپ غیر متصل بود.
 بحث: با توجه به همراهی آنومالی‌های دیگر در ارگان‌های مختلف با این بیماری و عوارض حاصل و همچنین نادر بودن آن آگاهی از این ناهنجاری ضروری است.

کل واژگان: کلیه، آنومالی، کلیه نابجا، کلیه متقاطع

مجله پزشکی ارومیه، سال چهاردهم، شماره چهارم، ص ۳۱۳-۳۰۹، زمستان ۱۳۸۲

آدرس مکاتبه: ارومیه - گروه اورولوژی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۱- دانشیار گروه اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۲- متخصص اورولوژی، گروه اورولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۳- استاد گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه

در عکس ساده شکم دانسیته‌های اوپاک متعدد منطبق بر حدود توده و یک توده بزرگ لوپولی در ناحیه ربع تحتانی طرف راست و در IVU، پس از تزریق، کلیه راست با ترشح طبیعی و در محل طبیعی قرار داشت. کلیه چپ در محل خود رویت نشد و مثانه طبیعی بود شکل ۱. با توجه به یافته‌های فوق کلیه نابجای متقاطع همراه با هیدروپیونفروز و سنگ‌های متعدد و احتمال تومورال بودن کلیه اکتوپیک مطرح گردید. در سونوگرافی

کلیه نابجای متقاطع^۱ یک بیماری نادر می‌باشد که معمولاً با ناهنجاری‌های متعددی در سایر دستگاه‌های بدن همراه می‌باشد. مشکل و نقص عمده این کلیه‌ها تنها در نحوه قرارگیری آنها نمی‌باشد بلکه خصوصیات بافتی و سلولی آنها نیز با یک کیه طبیعی تفاوت‌های فاحشی دارد. تشکیل متانفروز ممکن است در یک کانون نابجا به خصوص در نقاط پایین‌تر از حد طبیعی صورت گیرد. این کلیه‌ها یا بلافاصله در بالای لبه لگن قرار دارند و یا ممکن است در داخل لگن قرار گرفته باشند. اندازه آنها معمولاً طبیعی یا کمی کوچک است ولی نکته قابل ذکر دیگری ندارد. به علت قرارگیری در محل غیرطبیعی گره خوردن و یا پیچ خوردن حالب می‌تواند انسدادی در مقابل جریان ادرار به وجود آورد که پیدایش عفونت‌های باکتریال را تسهیل می‌کند (۱).

معرفی بیمار

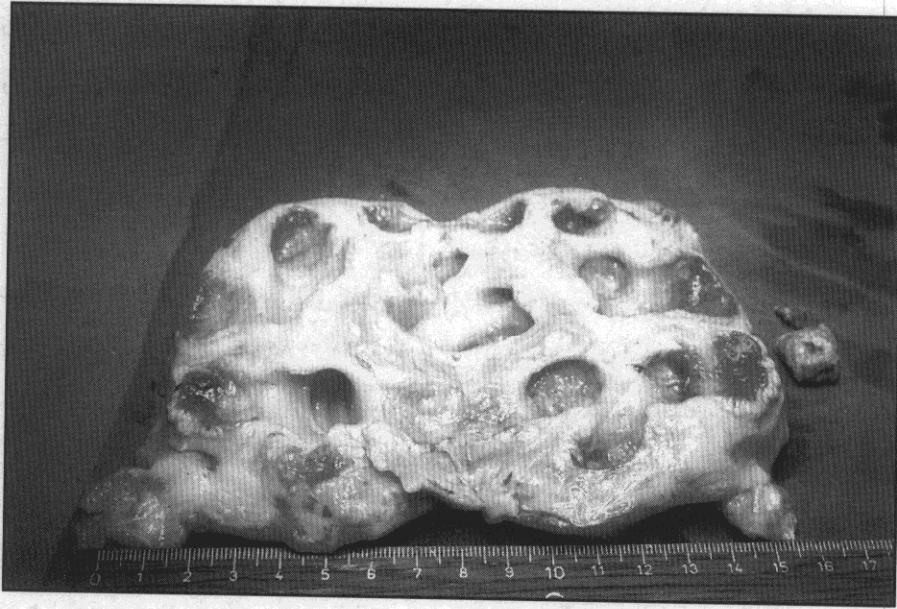
بیمار مورد معرفی خانم ۳۲ ساله‌ای می‌باشد که با شکایت احساس توده شکمی از ۴۵ روز قبل به پزشک مراجعه کرده است. احساس توده شکمی بیمار حدود ۱۰ روز پس از زایمان چهارم وی بوجود آمده بود. بیمار پس از زایمان چهارم دچار تب، بی‌اشتهایی، ضعف عمومی، تهوع، استفراغ و درد موضعی شدید در ناحیه ربع تحتانی طرف راست^۲ شده بود که به دنبال آن به پزشک مراجعه کرده و دارو دریافت کرد. پس از دریافت درمان دارویی علائم بالینی تا حدی بهبود یافت ولی احساس توده شکمی همچنان باقی ماند. در شرح حال بیمار نکته مثبتی از نظر تاریخچه فعلی بیماری یا خانوادگی وجود نداشت. در معاینات به عمل آمده از بیمار ظاهر توکسیک با یک توده شکمی قابل توجه در ناحیه ربع تحتانی راست به ابعاد ۱۵×۱۵ cm که حساس، لوپولی و گرم بود و با تنفس حرکت می‌کرد.



شکل شماره ۱: کلیشه IVU بعد از ۳۰ دقیقه تزریق ماده جانب

1- Cross Renal Ectopia

2- R.L.Q



شکل شماره ۲: برش کلیه نابجای متقاطع با کالیس های متسع

پیلوگرافی رتروگراد نیز به عمل آمد که تشخیص کلیه نابجای متقاطع چپ غیر متصل^۲ قطعی گردید و بیمار روز سوم پس از بستری جهت نفرکتومی به اتاق عمل برده شد که کلیه نابجا با چسبندگی شدید به بافت های اطراف توسط برش گیبسون راست باز شد که ابتدا شریان اصلی که از شریان ایلیاک خارجی جدا شده بود لیگاتور و سپس ورید اصلی که به ورید اجوف تحتانی درناژ می شد لیگاتور گردید و سپس کلیه اکتوپیک خارج شد. کلیه نابجا پر از چرک بود و داخل آن سنگ های متعدد وجود داشت که به بخش پاتولوژی ارسال شد. آزمایشات هیستوپاتولوژیک دال بر کلیه دچار هیدروپیونفروز، پیلونفریت مزمن همراه با سنگ های متعدد بود (شکل ۲).

به عمل آمده کلیه راست طرح و موقعیت طبیعی داشته و موقعیت کلیه چپ غیر طبیعی بود. در CT-Scan یافته های فوق تایید و کلیه نابجای متقاطع گزارش گردید. با توجه به احتمال تجمع های چرکی از بیمار پانندسکوپی^۱ و کاتتریزاسیون حالب چپ انجام شد که مجرا و مثانه طبیعی بودند و سوراخ های حالبی در محل طبیعی خود قرار داشتند. کاتتر ۶F حالبی وارد حالب چپ گردید و بدون مقاومت حدود ۲۰ cm بالا فرستاده شد و ترشح چرکی غلیظ از آن خارج گردید که نمونه ای جهت کشت به آزمایشگاه ارسال و کاتتر حالبی ثابت گردید. دو روز بعد پس از بستری بیمار و درمان با آنتی بیوتیک و تزریق ۲ واحد پک سل حال عمومی بیمار بهتر شد و حدود ۳۰۰ CC چرک از طریق کاتتر خارج شد و توده مختصر کوچکتر شده بود. جهت تشخیص قطعی از بیمار

1- Panendoscopy

2- Non Fussion Left crossed-Renal-Ectopia

روی سایر ارگان‌ها مانند اختلالات نورولوژیکی ۷- سندرم برونکیال - گوسی - کلیوی ۸- رشد ناقص کلیه ۹- الیگو- هیدروآمینوس ۱۰- اختلال حرکتی قسمت دیستال انگشت شست همراه با محدودیت حرکتی مفصلی ۱۱- سندرم نفروتیک ۱۲- نازایی ۱۳- آنوریسم آئورت شکمی ۱۴- ناهنجاری مادرزادی ستون فقرات (۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰).

با توجه به عوارض ذکر شده فوق بیمار مبتلا به کلیه نابجای متقاطع با علائم مختلفی مراجعه می‌کند که ممکن است پزشک را مشکوک به بیماری فوق بکند. تشخیص و شک به این بیماری عمدتاً براساس عفونت مزمن مجاری ادراری و برگشت ادرار از انتهای حالب می‌باشد (۱۰، ۱۲).

در بیمار گزارش شده نیز سنگ‌های متعدد در کلیه نابجا، عفونت ادراری و هیدروپیونفروز وجود داشت. در بررسی بیمار هیچگونه ناهنجاری غیرطبیعی در ارگان‌های دیگر مشاهده نگردید.

راه‌های تشخیص قطعی این بیماری عبارتند از:

- ۱- پیلوگرافی داخل وردید (۹) ۲- پیلوگرافی رتروگرا (۹)
 - ۳- آئورتوگرافی شکمی ۴- اولتراسونوگرافی شکمی (۱۱)
 - ۵- سی - تی - اسکن (۱۱)
- با توجه به نادر بودن این ناهنجاری و همراهی آن با ناهنجاری‌های غیرطبیعی در دیگر اندام‌ها آگاهی از آن ضروری می‌باشد.

References

- 1- Robbins S L: Pathologic Basis of Disease. 6th ed, Philadelphia, saunders, 1999: 933.
- 2- Kato M, Toritani N, Aizawa M, Indaba Y, et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy for a ureteral stone in crossed fused renal ectopia. Int J Urol, 2000. 7(7): 270-3.
- 3- Rinat C, Farkas A, Frishbery Y: Familial inheritance of crossed fused renal ectopia. Pediatr Nephrol, 2001, 16(3): 269-70.
- 4- Furnemont E: Anterior Sacral meningocele, A report of one case demonstrated by tomo

چرک هم استافیلوکوک کواگولاز مثبت گزارش گردید. درمان با آنتی‌بیوتیک تا هفت روز پس از عمل ادامه یافت و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید.

بحث

به منظور بررسی و تعیین شیوع تعدادی از ناهنجاریهای کلیه در کودکان دبستانی، در یک مطالعه اپیدمیولوژیک ۱۳۲۶۸۶ مورد شامل ۶۹۹۰۳ پسر و ۶۲۷۸۳ دختر تحت بررسی قرار گرفتند. اقدامات رادیولوژیک و اورولوژیک جهت تشخیص در مورد مشکوک براساس معاینات بالینی صورت گرفت. به طور کلی ناهنجاری‌های کلیه در ۶۴۵ دانش آموز دیده شد (حدود ۰/۵٪). از این تعداد ۲۵۶ مورد هیدرونفروز، ۱۰۳ مورد رشد ناقص یکطرفه کلیه، ۱۲۸ مورد کلیه کوچک در یک طرف و ۳۰ مورد کلیه نابجا وجود داشت. ۳۸ مورد نیز دچار آنومالی‌های مختلف دیگری بودند (۲).

در مورد کلیه‌های نابجای متقاطع به دلیل نادر بودن آن نسبت دقیقی از میزان شیوع آنها وجود ندارد. کلیه نابجای متقاطع معمولاً با ناهنجاری‌های زیر همراه می‌باشد:

- ۱- سنگهای اگزالات کلسیم ۲- هیپوسپادیازیس ۳- مننگوسل در ناحیه قدام استخوان ساکروم ۴- کلیه نعل اسبی ۵- جابجایی مثانه و تنگ شدن مجرا ۶- عوارض موضعی جابجایی کلیه بر

- scan. *Sen Hop Paris*, 1988, 57(1-2): 74-7.
- 5- Carmi R, et al: The branchio-oto-renal syndrome: report of bilateral renal agenesis in three sibs. *Am J Med Genet*, 1983, 14(4): 625-7.
- 6- Halat F, et al: Acro-renal-ocular syndrome: Autosomal dominant thumb hypoplasia, renal ectopia, and eye defects. *Am J Med Genet*, 1984, 17(4): 753-62.
- 7- Van-der-Meulen J, et al: Takayasu's arteritis and nephritic syndrome in a patient with crossed-renal-ectopia. *Neth J Med*, 1989, 34(3-4): 142-7.
- 8- Farina LA, Salles M, Vidal B: solitary crossed renal ectopia and congenital vertebral anomalies. *Arch Esp Urol*, 1997, 50(8): 918-20.
- 9- Ahmed S: Cloacal malformation with solitary crossed renal ectopia and single system vaginal ectopic ureter. *Pediatr Surg Int*, 1999, 15(5-6): 417-8.
- 10- Yano H, Konagai N, Maeda M, et al: Abdominal aortic aneurysm associated with crossed renal ectopia without fusion: case report and literature review. *J Vasc Surg*, 2003, 37(5): 1098-1102.
- 11- Sousa EM, Gonzalez RA, Garcia FR, et al: Crossed renal ectopia: radiological possibilities of helicoidal CAT. *Actas Urol Esp*, 2002, 26(5): 313-9.
- 12- Martinez SV, Suarez CA, Cruceyra BG, et al: Renal colic in a patient with crossed renal ectopia. *Arch Esp Urol*, 2003, 56(3): 294-7.