

تعیین بروز رفلاکس و زیکیورتال در بیماران پیوند کلیه با روش جدید آناستوموز حالبی مثانه‌ای باری-تاگوچی

دکتر محمدرضا محمدی‌فلاح^۱، دکتر علی تقی‌زاده افشاری^۲، دکتر کیوان استیفائی^۳

تاریخ دریافت ۸۴/۰۳/۲۴، تاریخ پذیرش ۸۴/۰۷/۲۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: روش‌های مختلفی برای اتصال حالب کلیه پیوندی به مثانه مطرح می‌باشد. این روش‌ها به دو گروه کلی اکستراوزیکال (خارج مثانه‌ای) و اینتراوزیکال (داخل مثانه‌ای) تقسیم می‌شوند. روش‌های اکستراوزیکال آناستوموز حالبی مثانه‌ای، در عمل پیوند کلیه برتری دارند. در این پژوهش با تلفیق دو روش اکستراوزیکال باری و تاگوچی، و بررسی شیوع رفلاکس و زیکیورتال در بیمارانی که تحت عمل آناستوموز حالبی مثانه‌ای با این روش قرار گرفته‌اند، سعی شده است که نتیجه این روش در مقایسه با روش‌های قبلی مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش: در این مطالعه ۵۰ بیمار پس از عمل جراحی با این روش، به طور متوسط شش‌ماه بعد از عمل به وسیله سونوگرافی و VCUG مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: برابر نتایج به دست آمده میانگین سنی بیماران ۳۴/۸ سال است که ۳۳ نفر آن‌ها مرد و ۱۷ نفر زن می‌باشند. میانگین زمان سپری شده از زمان پیوند تا هنگام بررسی از نظر وجود VUR، ۶/۶ ماه است. که در دو مورد رفلاکس مثانه‌ای بدون علامت در این افراد یافت شد.

بحث: وجود ۴٪ رفلاکس بدون علامت در نتایج این طرح نشانگر آن است که روش جدید نسبت به سایر روش‌ها در حد قابل قبول می‌باشد. به نظر می‌رسد که این روش، با توجه به سهولت و سرعت بیشتر می‌تواند جایگزین مناسبی در عمل پیوند، کلیه باشد.

کل واژگان: پیوند کلیه- اورتر نئوسیستوستومی- ریفلاکس و زیکیورتال

مجله پزشکی ارومیه، سال شانزدهم، شماره چهارم، ص ۲۲۸-۲۲۶، زمستان ۱۳۸۴

آدرس مکاتبه: ارومیه- خیابان ارشاد، مرکز آموزشی- درمانی امام خمینی(ره)، گروه ارولوژی، دکتر محمدرضا محمدی‌فلاح، تلفن: ۳۴۶۹۹۳۱
E-mail: mrmf222tir@msn.com

مقدمه

ایجاد رفلاکس مثانه‌ای حالبی، با توجه به افزایش هشت برابری شانس ابتلا به پیلونفریت پس از عفونت‌های دستگاه ادراری تحتانی همیشه مورد توجه بوده است (۵). روش‌های مختلفی برای آناستوموز حالب کلیه پیوندی به مثانه مطرح شده است. این روش‌ها به دو گروه کلی اکستراوزیکال (خارج مثانه‌ای) و اینتراوزیکال (داخل مثانه‌ای) تقسیم می‌شوند که گروه اول به دلیل عدم باز شدن مثانه و احتمال آلودگی کمتر

پیوند کلیه در زمان حال، به عنوان جایگزینی انتخابی برای بیماران مبتلا به مرحله آخر بیماری کلیوی^۴ در نظر گرفته می‌شود. در چند دهه اخیر، با توجه به پیشرفت وسایل و تکنیک‌های جراحی، تلاش‌های فراوانی جهت کاستن از عوارض عمل پیوند کلیه، که تاثیر بسزایی در زندگی بیماران دارد، به عمل آمده است.

توجه بیشتر به روش آناستوموز عروقی و حالبی می‌تواند، باعث پیشگیری از بسیاری از عوارض مهم ارولوژیک گردد، در این میان،

^۱ استادیار گروه ارولوژی، فلوشیپ پیوند کلیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ دانشیار گروه ارولوژی، فلوشیپ پیوند کلیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ متخصص ارولوژی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

پس از پر کردن مثانه توسط یک محلول حاوی آنتی بیوتیک از طریق مجرا، مثانه اکسپوز شده، در سطح کناری فوقانی آن دو برش موازی یک سانتی‌متری به فاصله سه تا چهار سانتی‌متر از هم دیگر بر روی دترسور داده می‌شود.

پس از آنستوموز عروقی گرافت و جریان پیدا کردن ادرار، حالب در یک سانتی‌متری دیستال آن از بافت‌های اطراف آزاد شده و در سطح خلفی به اندازه سه تا چهار میلی‌متر اسپاچوله^۵ می‌شود. حالب با دقت جهت جلوگیری از پیچ خوردگی از تونل زیر مخاطی عبور داده شده، استنت حالی Double J تعبیه شده، و مخاطی قسمت دیستال تونل برش داده می‌شود. قسمت دیستال استنت را به داخل مثانه فرستاده، حالب را توسط یک بخیه U شکل که از سه تا چهار سانتی‌متر برش دیستال، از جدار مثانه رد شده و به حالب زده می‌شود، به داخل مثانه می‌کشیم، این امر باعث قرار گرفتن طولی از حالب داخل مثانه خواهد شد. سپس دترسور برش دیستال، توسط نخ قابل جذب ویکریل ترمیم شده و آنستوموز خاتمه می‌یابد. استنت حالی در حدود دو هفته بعد خارج می‌شود.

نتایج

نتایج نشان می‌دهد که میانگین سنی بیماران ۳۴/۸۲ سال (۵۹-۶۰) می‌باشد. ۳۳ بیمار (۶۶ درصد) مرد و ۱۷ نفر (۳۴ درصد) زن می‌باشند. مدت زمان آنستوموز به روش جدید باری تاگوچی با تعبیه استنت حالی، هشت تا سی دقیقه (میانگین ۱۷/۲۶ دقیقه) بود. استنت حالی به طور متوسط ۱۳/۶ روز (۱۸-۱۰) پس از عمل پیوند و تحت بی‌حسی موضعی توسط سیستوسکوپ خارج شد.

میانگین زمان سپری شده از پیوند تا هنگام بررسی از نظر وجود VUR، ۶/۶ ماه (۹-۴) است.

از کل این بیماران سونوگرافی و VCUg به عمل آمد. که از ۵۰ مورد سونوگرافی انجام شده، ۱۶ مورد (۳۲ درصد) دیلاتاسیون خفیف در سیستم جمع‌کننده کلیه پیوندی وجود داشت. در یک مورد نیز هیدرونفروز متوسط دیده شد که با انجام اسکن هسته‌ای وجود انسداد رد شد.

این میزان نسبت به مطالعات قبل و با روش‌های متفاوت، در حد قابل قبول می‌باشد. در دو بیمار مبتلا به رفلاکس در مطالعه حاضر،

آنستوموز عروقی با ادرار، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. از میان روش‌های اکستراوزیکال نیز، تکنیک‌های با مکانیسم آنتی ریفلاکس، با توجه به پیشگیری از ایجاد رفلاکس و کاهش احتمال عفونت گرافت، رایج تر می‌باشند (۳). از این تکنیک‌ها می‌توان به روش‌هایی همانند باری^۱، لیچ-گریگوار^۲ و تاگوچی^۳ که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند، اشاره نمود. باری با ایجاد تونل زیر مخاطی مناسب، باعث ایجاد یک مکانیسم آنتی ریفلاکس عالی می‌گردد. روش تاگوچی نیز به دلیل سهولت و سرعت و نتایج عالی، همواره مورد توجه قرار داشته است. این روش‌ها قبلاً در مرکز پیوند بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه مورد استفاده قرار می‌گرفته‌اند. در این بررسی با توجه به مزایای دو روش، گروه تحقیق سعی کرده است که با تلفیق آن‌ها، از مزایای همزمان هر دو استفاده نماید. این امر قبلاً توسط کاپاروس^۴ در سال ۱۹۹۶ مطرح شده بود. ولی از آن زمان، بررسی بیشتری در مورد این تکنیک صورت نگرفته است. در ضمن بررسی میزان رفلاکس در این روش تا کنون مورد توجه قرار نگرفته و مطالعه حاضر بر حسب اطلاعات پژوهشگران حاضر، اولین مطالعه در این زمینه می‌باشد.

مواد و روش

در این پژوهش ۵۰ بیمار به صورت متوالی در بخش پیوند بیمارستان امام خمینی ارومیه، توسط یک تیم پیوند، با روش جدید آنستوموز حالی مثانه‌ای باری تاگوچی تحت عمل جراحی، قرار گرفتند، پس از در نظر گرفتن معیار Excluding وارد مطالعه شدند. این کرایتریها شامل سابقه اعمال ترمیمی مثانه، مثانه نروژنیک، تنگی مجرا، نفرکتومی گرافت، عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه و فوت بیمار بود. این بیماران، به طور متوسط شش ماه پس از عمل پیوند توسط سونوگرافی و VCUg، از نظر وجود رفلاکس مثانه‌ای حالی، تحت بررسی قرار گرفتند. در طی این شش ماه به طور متناوب و یا در صورت وجود علائم تحریکی ادراری، آزمایش کامل و کشت ادرار انجام می‌شد و به هنگام مثبت بودن فرد تحت درمان قرار می‌گرفت. هم‌چنین در صورت وجود رفلاکس در این افراد، درجه‌بندی بر حسب معیار بین‌المللی انجام می‌گردید.

¹ Barry

² Lich-Gregoir,

³ Taguchi

⁴ Capparos

⁵ Spatule

تاگوچی قرار گرفته بودند، رفلاکس را گزارش نکرده است (۴). پابلو^۶ با بررسی بیمارانی که به روش تاگوچی تحت عمل آناستوموز حالی مئانه قرار گرفته بودند، روش تاگوچی را یک روش سریع و بدون عوارض ارولوژیک مهم معرفی کرد، در مطالعه ایشان، هیچ موردی از رفلاکس علامت‌دار دیده نشد (۷).

به نظر می‌رسد که تکنیک جدید آناستوموز حالی مئانه‌ای در باری-تاگوچی در موارد پیوند کلیه، با توجه به اکستراوزیکال بودن، سرعت عمل و نتیجه مناسب از نظر رفلاکس، روش مناسبی باشد. البته باید در مورد عوارض دیگر آناستاموز همانند تنگی، نشت ادراری، نکروز حالب و سایر موارد نیز بررسی‌هایی به عمل آید. برای هر یک از روش‌های مختلف اکستراوزیکال معیبهی ذکر شده است مثلاً تاگوچی^۳ روش خود هماچوری Complicated را یک مشکل ذکر کرده است. اصولاً روشی برتری خواهد داشت که بر اساس مطالعات آینده‌نگر و با در نظر گرفتن تمام عوارض ارولوژیک از جمله VUR تنگی حالب و نشت ادراری مورد ارزیابی قرار گیرد.

درجه رفلاکس سه و چهار وجود داشت که نسبت به مطالعات قبلی، مقداری شدیدتر می‌باشد. ۴ بیمار به دلیل UTI علامت‌دار تحت درمان قرار گرفته بودند که در هیچ یک از آن‌ها رفلاکس وجود نداشت وجود ۴٪ VUR بدون علامت (آسمپتوماتیک) در این مطالعه در حد قابل قبولی می‌باشد.

بحث

ماستروسیمون^۱ شیوع VUR را در بیماران پیوندی که تحت تکنیک آناستوموز حالی اکستراوزیکال قرار گرفته بودند، در حد ۸۶٪/۴ گزارش کرد (۵).

اوستروسکی^۲ در مطالعه مقایسه‌ای دو تکنیک، آناستوموز حالی Lich و Lead Better Politano شیوع VUR را ۵۰-۱۳٪/۳ گزارش نمود (۶). سسین^۳ نیز در بررسی روش تاگوچی، رفلاکس را در هیچ موردی نیافت (۸).

کونلین^۴ رفلاکس گرید I را در ۳٪ موارد آناستوموز حالب کلیه پیوندی به روش باری بدون استنت، ۴۶٪ موارد با استنت مطرح کرده است (۲). گوی‌تیرز^۵ نیز در ۷۹ بیمار که تحت عمل به روش

References:

1. Caparros J, Regalado RI, Sanchez-Martin F, Villavicencio H.: A Simplified technique for ureteroneocystostomy in renal transplantation. *World J Urol*, 1994, 14 (4): 236-238.
2. Conlin MJ: postoperative cystography is unnecessary following renal transplanation with paralleled incision extravesical ureteroneocystostomy. *Tech Urology*, 2001, Mar 7 (1):55-56.
3. Cos LR, Light JA, Stutzman RE: External ureteroneocystostomy in renaltransplantation. *Urology*. 1985; 26(4):362-7.
4. Guitierrez Banos JL, Portillo MT, Correas Gomez MA, Monge Mirallas JM, Roca Edreiera A: Single stitch extravesical ureteroneocystostomy in kidney transplantation. *Actas Urol ESP*, 1994, May 18 (5): 569-572.
5. Mastro Simone S, Pignata G, Maresca MC, Calconi G, Rabassini A, Butini R, Fandella A, Di Falco G, Chiara G, Caldato C, et al: Clinical significance of vesicoureteral reflux after kidney transplantation. *Clin Nephrol*. 1993; 40(1):38-45.
6. Ostrowski M, Wlodarczyk Z, Wesolowski T, Gracz H, Sluzar T, Sienko J, Lubikowski J, Bohatyrewicz R.: Influence of ureterovesical anastomosis technique on the incidence of vesicoureteral reflux in renal transplant recipients. *Ann Transplant*. 1999; 4(1):54-58.
7. Bruno Rachin JL: Vesicoureteral reflux after kidney transplanation in children, *Neph dial Transpl*, 2000; 15:1852.
8. Secin FP: Comparing taguchi and lich gregori ureterovesical reimplanation for kidney transplants. *J Urol*, 2002, Sep; 163-130.

¹ Mastro Simone

² Ostrowski

³ Secin

⁴ Conlin

⁵ Guitierrez

⁶ Pablo