

گزارش یک مورد تظاهر نادر توده لگنی

دکتر نفیسه ثقفی^۱، دکتر لیلا پورعلی^{۲*}، دکتر فائزه جعفریان^۳

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، بیمارستان قائم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دستیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۵

خلاصه

مقدمه: انسداد محل اتصال حالب به لگنچه (UPJO)، انسداد نسبی یا کامل جریان ادرار است که در محل ورود حالب به لگنچه کلیه اتفاق می افتد. UPJO در ۲۲-۳۷ درصد کلیه های اکتوپیک رخ می دهد. در کلیه اکتوپیک لگنی در بالغین جوان، UPJO با علائم بالینی به صورت درد متناوب پهلو یا شکم تظاهر می کند که ممکن است با علائم توده های لگنی شباهت داشته باشد. هدف از این مقاله، گزارش یک مورد تظاهر نادر در توده لگنی است.

معرفی مورد: بیمار خانم ۱۸ ساله مجرد که با شکایت نامنظمی قاعدگی از یک سال گذشته سونوگرافی انجام داده و با تشخیص کیست تخمدان در سونوگرافی مراجعه کرد. در سونوگرافی اولیه کیست حدود ۱۲×۲ سانتی متر در تخمدان راست گزارش شد که بعد از ۳ ماه مصرف قرص کنتراستپتیو در سونوگرافی بعدی باز هم کیست ۹۸×۹۵×۶۸ میلی متری با منشأ احتمالی آدنکس راست گزارش شد. با توجه به درد شکمی و سایز بزرگ کیست بیمار کاندید لاپاروتومی شد. منشأ کیست مذکور لگنچه کلیه تشخیص داده شد. کلیه سمت راست اکتوپیک و حاوی UPJO بود. پیلوپلاستی به روش آندرسون هایس انجام شد و سوند دابل جی گذاشته شد.

نتیجه گیری: در موارد مواجهه با توده لگنی توجه به احتمال وجود منشأ غیر ژنیکولوژیک توده بسیار مهم است، مخصوصاً در مواردی که امکان معاینه ژنیکولوژیک کامل به دلیل مجرد بودن بیمار وجود ندارد. تمام تشخیص افتراقی های توده لگنی مخصوصاً با منشأ اورولوژیک و گوارشی باید مد نظر قرار گیرد و اقدامات تشخیصی لازم قبل از جراحی انجام شود.

کلمات کلیدی: انسداد در محل حالب به لگنچه، تومور مارکر، درد لگنی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر لیلا پورعلی؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۳۸۴۱۲۴۷۷ -

۰۵۱، پست الکترونیک: pouralil1@mums.ac.ir

مقدمه

انسداد محل اتصال حالب به لگنچه (UPJO)^۱، اختلال نسبی یا کامل جریان ادرار است که به علت انسداد محل ورود حالب به لگنچه کلیه اتفاق می افتد (۱).

شایع ترین علت انسداد مسیر ادراری در اطفال، انسداد مادرزادی در نقطه ای است که حالب به لگنچه متصل می شود. اتیولوژی UPJO ممکن است مادرزادی یا اکتسابی باشد که علل مادرزادی شایع تر است (۱). این شکل در حدود یک مورد از هر ۵۰۰ تولد زنده که تحت سونوگرافی قبل تولد قرار گرفته اند، مشخص می شود. در UPJO سرعت تولید ادرار توسط کلیه بیشتر از مقدار ادراری است که قادر به خروج از لگنچه به حالب می باشد و این باعث تجمع ادرار داخل کلیه شده و موجب هیدرونفروز می شود که به آسانی در سونوگرافی مشاهده شده و امکان تشخیص قبل از تولد را فراهم می کند. با وجود شیوع کمتر UPJO در بالغین، این عارضه ممکن است به عنوان نتیجه ای از سنگ های کلیوی، جراحی قبلی و یا اختلالاتی که باعث التهاب مجرای اداری فوقانی شده اند، ایجاد شود (۲).

تظاهرات بالینی UPJO ممکن است به صورت توده شکمی، علائم عفونت ادراری، تب، درد پهلو، ادرار خونی و یا تهوع و استفراغ باشد. این بیماران ممکن است درد لگنی بدون وجود عفونت در سیستم ادراری نیز داشته باشند. در برخی موارد UPJO، در یک زمان ممکن است ادرار به طور نرمال درناژ شود و در بقیه مواقع به طور کامل انسداد پیدا کند و لذا درد گهگاهی ایجاد می شود. سونوگرافی نرمال UPJO را رد نمی کند. برای تشخیص قطعی ضروری است که یک تست عملکردی کلیه یعنی روشی که توانایی بررسی عملکرد کلیه برای تولید و ترشح ادرار را داشته باشد، انجام شود. روش کلاسیک تشخیصی IVP و اسکن هسته ای به همراه دیورتیک است (۱، ۲).

در صورتی که تشخیص UPJO تأیید شود و هیچ شانس برای بهبود خودبخود وجود نداشته باشد، نیاز به درمان جراحی خواهد بود. درمان جراحی استاندارد UPJO، جراحی باز برای رفع انسداد و اتصال مجدد

حالب به لگنچه کلیه است. این عمل پیلوپلاستی نامیده می شود که امکان درناژ سریع و آسان ادرار را فراهم کرده و علائم و خطر عفونت را تخفیف می دهد (۱، ۲). نتایج جراحی عالی و بهبود انسداد در ۹۵-۹۰٪ موارد رخ می دهد (۳، ۴).

UPJO در ۲۲-۳۷ درصد کلیه های اکتوپیک رخ می دهد (۳). در کلیه اکتوپیک لگنی در بالغین جوان UPJO با علائم بالینی به صورت درد متناوب پهلو یا شکم تظاهر می کند که ممکن است با علائم توده های لگنی شباهت داشته باشد (۱)، بنابراین باید به عنوان یک تشخیص افتراقی در بالغین جوان مدنظر قرار گیرد. این مقاله گزارش یک مورد تظاهر نادر توده لگنی است که اهمیت این موضوع را آشکار می کند.

گزارش مورد

بیمار خانم ۱۸ ساله مجرد که با شکایت نامنظمی قاعدگی از یک سال گذشته سونوگرافی انجام داده و با تشخیص کیست تخمدان در سونوگرافی مراجعه کرده بود. قاعدگی بیمار به صورت پلی منوره و منومترورژی بوده؛ به طوری که هر روز ۱۰ عدد پد مصرف می کرد. بیمار به مدت ۳ ماه از مهر ماه سال ۱۳۹۲ تا دی ماه ۱۳۹۲ تحت درمان با قرص کنتراسپتیو با دوز پایین (LD^۲) بود و سابقه دردهای گهگاهی هیپوگاستر را در این مدت ذکر می کرد. در معاینه اولیه در سمت راست شکم، توده ای با قوام نرم با مختصری تندرنس در حد ناف لمس شد. سونوگرافی ۹۲/۷/۱۵ رحم میدلاین با ابعاد نرمال و تخمدان چپ حاوی چند فولیکول بدون کیست بود و در محل تخمدان راست کیست ساده با حدود ۱۹×۱۱ میلی متر مشاهده شد. مایع آزاد در لگن وجود نداشت و ضخامت آندومتر (EL^۳) ۶ میلیمتر بود. سونوگرافی ۹۲/۱۰/۱۷ که بعد از مصرف سه ماه LD انجام شد، به صورت زیر گزارش شد: رحم میدلاین در ابعاد نرمال اکوی میومتر هتروژن و ضخامت آندومتر ۱۰ میلی متر و کیست ساده به ابعاد ۶۸×۹۵×۹۸ میلی متر در قسمت فوقانی و قدامی

² low dose

³ Endometrial Line

¹Uretropelvic Junction Obstruction

حالب نرمال گزارش کرد. پس از انجام اقدامات تشخیصی لازم، UPJO در کلیه اکتوپیک راست با مثانه نرمال تشخیص داده شد و بیمار تحت پیلوپلاستی لاپاروسکوپی قرار گرفت (۴). در گزارش حاضر نیز بیمار علی رغم عدم وجود شکایت و یا علائم بالینی در دوران نوزادی و کودکی با شکایت درد و توده لگنی در نوجوانی مراجعه کرده بود، ولی به دلیل عدم شک سونوگرافی به منشأ غیر ژنیکولوژیک توده، ارزیابی بیشتر قبل از عمل انجام نشد و حین جراحی تشخیص UPJO در کلیه اکتوپیک داده شد.

در گزارش مورد بچورنسن و همکاران (۲۰۱۱) یک دختر ۱۷ ساله با شرح حال ۲ روزه درد منتشر شکم، تهوع و استفراغ به اورژانس مراجعه کرده بود. معاینه شکم و CT اسکن طی یک اپیزود درد در ۶ هفته گذشته منفی بود. این بار پنجمین اپیزود مشابه در ۲ ماه گذشته بود که در هر مرحله بستری شده بود. سه روز قبل، بیمار به یک درمانگاه گوارش مراجعه و تشخیص سندروم روده تحریک پذیر و کیست تخمدان داده شده بود. درمان علامتی طی مراجعه اخیر با مایعات وریدی، ضد تهوع و نارکوتیک وریدی برای تخفیف درد شکم و استفراغ با شکست مواجه شد. ارزیابی CT اسکن اورژانس یک انسداد کولون با تنگی موضعی در کولون عرضی و در ارزیابی رادیولوژیک قسمت تحتانی دستگاه گوارش با نمای گاستروگرافین یک ضایعه کلاسیک نمای سیب گاز زده که نمای تیپیک کانسر کولون است. آدنوکارسینوم کولون با غدد لنفاوی موضعی مثبت در طی لاپاروتومی تجسسی اورژانسی یافت شد (۵). در این مورد نیز مانند بیمار ما درد شکمی در یک دختر نوجوان با یک پاتولوژی قابل توجه شکمی و لگنی همراه بود.

در گزارش مورد جورج و همکاران (۲۰۰۹) یک خانم ۲۸ ساله با شکایت درد شکمی و یک کیست بزرگ در سمت چپ قسمت تحتانی لگن که یک تومور تخمدان مولتی کیستیک را در سونوگرافی تقلید می کرد، مراجعه کرده بود. در ارزیابی لاپاروسکوپی رحم و تخمدانها نرمال و یک تورم در ناحیه رتروپریتون سمی چپ مشاهده شد که پس از باز کردن فضای

راست رحم رؤیت شد. تخمدان چپ بدون کیست بود و مایع آزاد مشاهده نشد.

به دلیل سایز بزرگ توده لگنی تومورمارکرهاي LDH، CA125، α FP، CEA و β HCG چک شدند که در محدوده نرمال بوده و ROMA^۱ ۹/۸ و نرمال گزارش شد. با توجه به درد شکمی و سایز بزرگ کیست، بیمار کاندید لاپاروتومی شد. تحت شرایط استریل و بیهوشی عمومی با برش فان اشتیل شکم باز شد که کیست بزرگی داخل شکم نمایان شد. ولی به دلیل اینکه ماهیت توده مشخص نبود، محتویات آن آسپیره نشد. رحم و ضمائم اکسپوز شدند. رحم و لوله های رحمی و هر دو تخمدان کاملاً سالم بودند، فقط رحم نمای قوسی^۲ داشت و کیست بزرگ حدود ۱۵ سانتی متری در داخل شکم وجود داشت. با توجه به سالم بودن هر دو تخمدان، منشأ کیست فوق بررسی شد. پس از مشاهده تمام قسمت های کیست و با توجه به اینکه ساختمان آناتومیکی شبیه حالب از جدار کیست عبور می کرد، با اساتید جراحی و ارولوژی حین عمل مشاوره شد و پس از بررسی های لازم، منشأ کیست مذکور لگنچه کلیه تشخیص داده شد. اساتید ارولوژی ادامه عمل را بر عهده گرفتند. کلیه سمت راست اکتوپیک و حاوی UPJO بود. پیلوپلاستی به روش آندرسون هایس انجام شد و سوند دابل جی گذاشته شد. در نهایت درن داخل حفره پریتونن تعبیه و بعد از عمل برای بیمار آنتی بیوتیک سفازولین و جنتامایسین تجویز شد. یک هفته پس از عمل، بخیه کشیده و ۱/۵ ماه بعد در تاریخ ۹۳/۱/۱۶ سوند دبل جی خارج شد.

بحث

در گزارش بایک و همکاران (۲۰۱۰) یک دختر ۷ ساله با درد پهلوی خفیف و درد تحتانی شکم از ۴ ماه قبل مراجعه کرده بود. در معاینه بالینی توده ای دردناک در اطراف ناف با تندرینس خفیف لمس شده بود. یافته های آزمایشگاهی شامل تست عملکرد کلیه، آنالیز ادراری و کشت نرمال بود. سونوگرافی شکم کلیه چرخیده به سمت چپ و کلیه لگنی راست با هیدرونفروز شدید و

¹ Risk of malignancy algorithm

² arcuate

پری‌توئن کیست هیداتیک بزرگ تشخیص داده شد (۶) . در این بیمار نیز با تشخیص توده لگنی احتمالاً مرتبط با تخمدان عمل جراحی صورت گرفته بود، در صورتی که مانند بیمار ما محل اصلی پاتولوژی در ناحیه ای خارج از رحم و آدنکس‌ها بود. حالاتی که به عنوان توده لگنی در زنان سن تولید مثل تشخیص داده می‌شوند در جدول ۱ آمده است (۷).

جدول ۱- حالات توده لگنی در زنان سن تولید مثل

علل توده لگنی در زنان سنین باروری	
مثانه پر	
کیست اورکال	
رحم به شدت خم شده به عقب یا به جلو	
داخل رحمی	
لوله ای شکمی	حاملگی (با یا بدون لیومیوم همزمان)
کیست فونکسیونل	
توده های التهابی	
کمپلکس لوله‌ای - تخمدانی	
آبسه دیورتیکولار	
آبسه آپاندیکولار	
چسبیدن روده و آمنتوم	توده های تخمدان یا آدنکس
کیست صفاقی	
مدفوع در سیگموئید	
تومورنئوپلاستیک (خوش خیم - بدخیم)	
کیست پارااوارین یا پاراتوبال	
میوم اینترالیگمانتر	
کلیه لگنی	
کارسینوم کولون، رکتوم، آپاندیس	
کارسینوم لوله فالوپ	تشخیص های با شیوع کمتر که بایستی رد شود:
تومورهای خلف صفاقی (مننگوسل ساکرال قدامی)	
سارکوم رحمی یا دیگر تومورهای بدخیم	

باید مد نظر قرار گیرد و اقدامات تشخیصی لازم قبل از جراحی انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه همکارانی که ما را در انجام این طرح یاری کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

نتیجه گیری

در موارد مواجه با توده لگنی توجه به احتمال وجود منشأ غیر ژنیکولوژیک توده بسیار مهم است، مخصوصاً در مواردی که امکان معاینه ژنیکولوژیک کامل به دلیل مجرد بودن بیمار وجود ندارد. تمام تشخیص افتراقی های توده لگنی مخصوصاً با منشأ اورولوژیک و گوارشی

منابع

1. Koff SA, Mutabagani KH. Anomalies of the kidney. In: Adult and Pediatric Urology, 4th ed, Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards SS, Mitchell ME, editors. Philadelphia :Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p.2129.
2. Liang CC, Cheng PJ, Lin CJ, Chen HW, Chao AS, Chang SD. Outcome of prenatally diagnosed fetal hydronephrosis. J Reprod Med. 2002; 47(1):27-32.

3. Sutherland RW, Chung SK, Roth DR, Gonzales ET. Pediatric pyeloplasty: outcome analysis based on patient age and surgical technique. *Urology*. 1997; 50(6):963-6.
4. Baek M, Park K, Choi H. Long-term outcomes of dismembered pyeloplasty for midline-crossing giant hydronephrosis caused by ureteropelvic junction obstruction in children. *Urology*. 2010; 76(6):1463-7.
5. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York:McGraw Hill Professional; 2014.P.215.
6. Basiri A, Mehrabi S, Karami H. Laparoscopic flap pyeloplasty in a child with ectopic pelvic kidney. *Urology journal*. 2010; 7(2): 125-7.
7. Marte A, Prezioso M, Pintozzi L, Cavaiuolo S, Coppola S, Borrelli M, Parmeggiani P. Laparoscopic treatment of UPJ obstruction in ectopic pelvic kidneys in children. *Pediatr Med Chir.* 2011; 34(5): 223-8.
8. Bjoernsen LP, Lindsay MB. An unusual case of pediatric abdominal pain. *CJEM*. 2011, 13(2): 133-8.
9. Novak E. *Berek & Novak's gynecology* (Vol. 2007, No. 935). Berek JS, editor. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins.P.468.
10. Görden H, Api M, Çetin A. Primary adnexial hydatid cyst mimicking ovarian tumor. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2009; 10(4): 232-4.