

هیپر و نفر و ز پيشتر فته در اثر تنگي هاي مادرزادي و اکتسابي ابتدای مجرای ادراری و عوارض شایع و متنوع آن

دکتر داود فروزانپور * دکتر رضا شریف

انجام شد، پی به وجود سنگ بزرگی در ناحیه مثانه برده شد و بیمار در بخش میزه راه بستری و تحت معاینات لازم کلینیکی و پاراکلینیکی قرار گرفت.

زخم دهانه مجرای ادراری ترمیم شده بود - اندازه شکاف طبیعی و درفتیش مجرا علامت تنگی دیگر - مشاهده نشد - پروستات حساس و دردناک و کمی سفت تر از حالت عادی بود - در پالپاسیون و پرکوسپون مثانه خالی بنظر میرسید و علامت گلوبوزیکال احساس نمیشد. کلیهها پالپابل نبود و لوژرنال راست یا چپ حساس و دردناک نبودند - ادرار مختصری کدر بنظر میرسید - معاینه سایر اعضاء بدن کاملاً طبیعی و بطور کلی بیمار ظاهراً از سلامت کامل بهره مند بود.

در آزمایشات پاراکلینیکی: اوره خون ۳۳ میلی گرم در لیتر - قند خون ۸۳ میلی گرم در لیتر - فرمول لگوسیترو شمارش گلبولی طبیعی سدیماتاسیون ساعت اول ۳ و ساعت دوم ۸ - در تجزیه ادرار تعداد گلبولهای سفید ۵۰ الی ۶۰ و تعداد گلبولهای قرمز ۱ الی ۲ بود - آلبومین تراس.

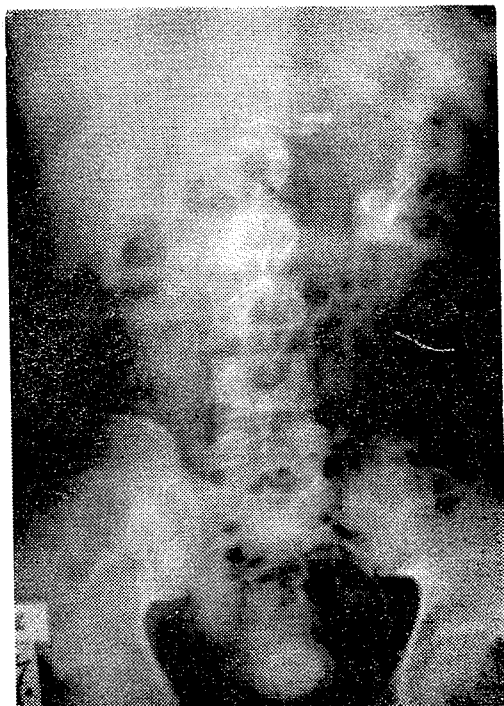
از بیمار اوروگرافی بعمل میآید - مطابق تصاویر ۱-۲ ۳-۴ علاوه بر وجود تصویر سنگ بزرگ مثانه و بزرگی نامتجانس مثانه در همه کلیشهها، کلیه راست ترشح نکرده و علامت گشادی شدید حالب راست و مخصوصاً گشادی شدید قسمت پائین حالب راست، در حالب و کلیه چپ نیز گشادی مختصر دیده میشود. سنگ مثانه بیمار بعنوان عارضه نخستین تنگی دهانه مجرای ادراری و دومی عامل ایجاد کننده و تشدید کننده ناراحتیهای مثانه و حالب و کلیه عمل میشود. بیمار بعد از بهبودی محل عمل سنگ مثانه مرخص میگردد تا جهت

شرح حال بیمار: علی اکبر ن. - ۲۰ ساله - اهل وساکن تهران - شغل فروشنده لوازم التحریر در تاریخ ۲۶/۹/۵۲ ر بعلت دیزوری و چکه چکه آمدن ادرار بدرمانگاه میزه راه مرکز پزشکی پهلوی مراجعه نمود. در مطالعه شرح حال بیمار در دوران گذشته عارضه قابل ذکری وجود ندارد.

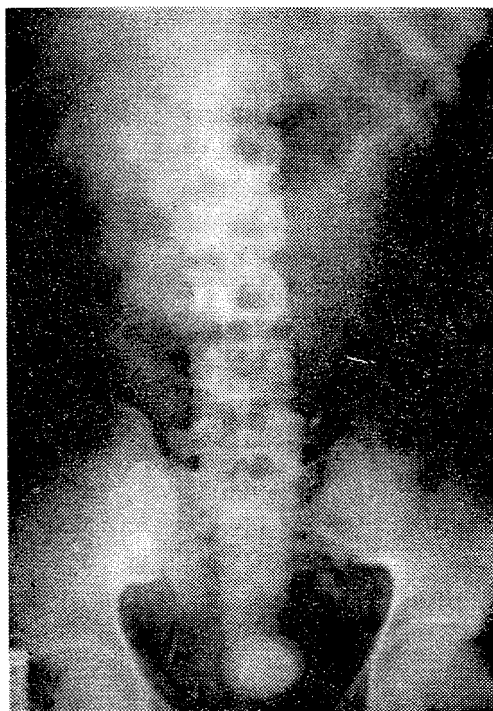
در معاینه کلینیکی، کلیه های بیمار کاملاً سالم مثانه ظاهراً سالم است و علامتی از بیماری یا عوارض دیگر در بیضه ها و اوردیدیم دیده نمیشود. در توشه رکتال پروستات خیلی مختصر حساس و کمی سفت تر از حالت عادی است. تنها عارضه قابل رؤیت هیپوسپادیازیس درجه I از نوع Glandular با استنوز و تنگی شدید دهانه مجرای ادراری است. که چون عارضه هیپوسپادیازیس بعلت نداشتن خمیدگی شدید مرضی در آلت (Chordee) و دور نبودن مای مجرای ادراری از نوک مجرا، احتیاج به ترمیم پلاستی و اعمال دیگر نداشت و بنظر میآید که تنها تنگی عامل اصلی ایجاد علائم بیماری است، لذا اقدام به مآتوتومی در پیش بیمار گردید. و بعد از رفع این تنگی با در نظر گرفتن سن بیمار (۲۰ سال) باو دستور داده شد که بمحض التیام زخم دهانه مجرای ادراری اگر هیچگونه ناراحتی ظاهری هم نداشته باشد، جهت تکمیل مطالعات و آزمایشات لازم و کشف عوارض احتمالی در مثانه و حالب و کلیهها مراجعه نماید.

در حدود یک هفته بعد از انجام عمل مآتوتومی بیمار با علائم تکرر و سوزش و احتیاس نسبی ادرار و درد مختصر ناحیه فوق عانه و بطور کلی با احساس ناراحتیهای خیلی شدید تر بدرمانگاه مراجعه و با رادیوگرافی ساده که بلافاصله از دستگاه ادراری و

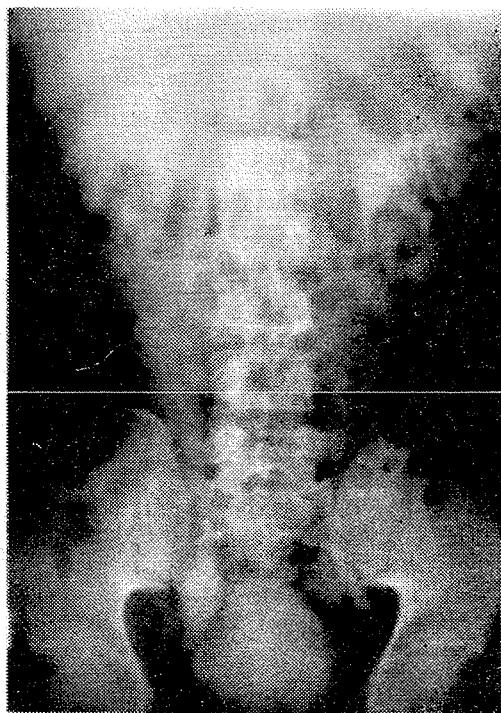
* بخش میزه راه مرکز پزشکی پهلوی



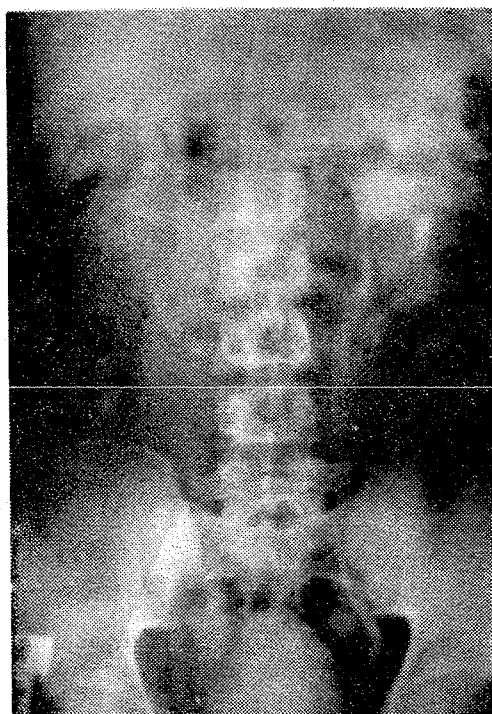
شکل ۲



شکل ۱



شکل ۴



شکل ۳

علل بیشمار و متنوعی می تواند در يك شخص ایجاد هیدرونفروز نماید که یکی از آن علل، تنگی مای مجرای ادراری بعلل مادرزادی یا اکتسابی است . [۱-۲] در تنگی های مادرزادی دهانه مجرای ادراری، گاهی استنوز بقدری شدید است که در

کنترل مجدد وضع مثانه - حالبها و احتمالاً انجام تدا بیر درمانی مورد لزوم دیگر و مخصوصاً اوروگرافی مجدد مراجعه نماید.

با يك نگاه سطحی به شمای شماره ۵ مشاهده میگرد که

مجرای ادراری صدمه دیده و سیکاتریس این صدمه باعث تنگی شود [۱-۲].

علاوه بر این در اغلب مواقع دیده شده است که عمل ختنه خوب و صحیح انجام گرفته است منتهی بعلمت عدم رسیدگی بعدی و احیاناً عدم انجام پانسمان مرتب و صحیح بخصوص در نوزادان تورفتگی و رتر اکسیون (Retraction) آلت و پنهان ماندن مجرای ادراری در پشت سیکاتریس جلدی انجام گرفته و عوارض ثانوی مربوط به تنگی دهانه مجرای ادراری و عوارض دیگر را موجب شده است [۳].

موضوع دیگر - مسئله قنذاق یا شلووار لاستیکی بچه‌های کوچک ختنه شده است که مخصوصاً در پیش کودکانیکه مادران لاابالی و بی توجه دارند و ساعت‌های متمادی از تعویض قنذاق و کهنه‌های بچه کوتاهی می‌نمایند بمقدار خیلی زیادی عوارض دیده می‌شود. با در نظر گرفتن تعداد دفعات ادرار کردن هر بچه کوچک که در هر ۲۴ ساعت شاید فزونتر از ۲۰ تا ۸۰ بار بطور طبیعی باشد و با در نظر گرفتن لطافت و حساسیت پوست ناحیه سر گلاند - ادرار آمونیاکی - پارچه نامناسب برای کهنه زیر بچه - استفاده از لاستیک و شلووار نایلونی و بالاخره تشریک مساعی عوامل فرعی دیگر باعث می‌گردد که بتدریج تحریک پوست ناحیه مآ و زخمی شدن مداوم این ناحیه و بالاخره سیکاتریس این زخمها باعث استنوز و تنگی خیلی شدید دهانه مجرای ادراری می‌گردد و پرواضح است که با توجه مختصر و انجام تداویر بهداشتی توسط مادران ایجاد این ضایعات و عوارض مربوط با آنها بجداقل مقدار ممکن خواهد رسید [۳-۱].

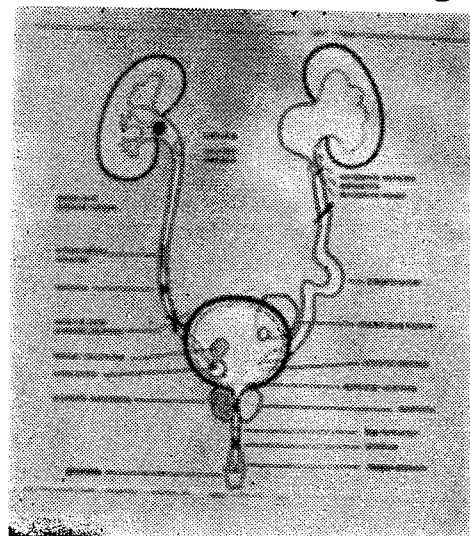
بهر تقدیر... وقتی مآی مجرای ادراری بعلمل مادرزادی یا اکتسابی تنگتر از حالت عادی بود و در حقیقت مانعی بود برای دفع خروج طبیعی و فیزیولوژی ادرار، بارسنگین این تنگی بردوش سایر اعضای بالای محل تنگی در دستگاه ادراری قرار می‌گیرد.

در طول مجاری ادراری... انواع مختلف و متنوع ضایعات ممکن است ایجاد گردد.

دیورتیکولهای مجرا... عفونتهای مقاوم مجرا... ایجاد عفونت باشکال و انواع مختلف در نسوج اطراف مجرای ادراری - فیستولهای مجرا [۲] و گاهی بعلمت فشار شدیدی که بیمار برای دفع ادرار خود از سوراخ تنگ ناحیه مجرای ادراری در عضلات ایجاد مینماید، عوارضی در ناحیه رکتوم از قبیل پرولاپسوس یا هموروئید ممکن است باشکال مختلف خودنمایی کند [۲-۱].

ولی در اغلب موارد، دیزوری شدید بشکل جسیخ کشیدن بچه در موقع ادرار کردن و آمدن قطره خون که بعلمت ایجاد ترکهای مخاطی در اثر فشار هیدرواستاتیک شدید پشت محل تنگی ایجاد شده و بشکل لکه‌ای در روی کهنه قنذاق بچه کوچک بوسیله

معاینه ممکن است طبیب بفکر آرنزی مجرای ادراری بیفتد یکی از انواع مادرزادی تنگی مآ، تنگی همراه و در زمینه وجود



شکل ۵

هیپوسپاد در مجرای ادراری است که مخصوصاً در هیپوسپا - دیازیس درجه یک یا گلاندولار (Glandular) تنگی مجرا خیلی شایع تر و بیشتر و شدیدتر است [۳] تنگی دهانه مجرای ادراری بیمار ما از همین نوع تنگیها بود منتهی چون هیپوسپاد از نوع درجه یک و کورده (Chordee) مرضی در آلت تناسلی نبود و احتیاج بعمل جراحی پلاستی و ترمیم مجرا و یا از بین بردن قوس مرضی آلت بهیچوجه مشاهده نمیشد از این نظر فقط به مآ تو تومی و گشاد کردن محل تنگ ابتدای مجرا در بدو امر اکتفا شده بود [۱-۲-۳]. نوع اکتسابی تنگی دهانه مجرای ادراری در نوزاد بیماران ایرانی و ملت‌هاییکه بچه‌های خود را ختنه می‌کنند زیادتر است. که بنظر میرسد علت اساسی این امر ختنه کردن پسر بچه‌ها، بخصوص در دوران طفولیت و علت فرعی دیگر است [۱].

ختنه کردن (Circumcision) که در بعضی ادیان جزو فرایض مذهبی به حساب آمده است با وجود مباحثات فراوان که همواره بر له و علیه این عمل انجام گرفته است، با در نظر گرفتن عوارضی که همواره وجود پیشپوست (Prepuce) شناخته و ناشناخته در بیماران ایجاد مینماید و بر طبیعی پوشیده نیست، نمی‌تواند بعلمت عوارضی که آنهم معمولاً بعلمت سهل انگاری یا کوتاهی ایجاد می‌گردد مورد مخالفت قرار گیرد و در اینجانبین ذکر این مطلب لازم بنظر میرسد که مطرح کردن عوارض نادر ختنه با تائید منافع بیشتر این عمل، دلیل بر مخالفت با این فریضه نیست. در عمل ختنه ممکن است بعلمت سهل انگاری جراح با عدم مهارت اشخاص فاقد صلاحیت، که متأسفانه هنوز هم در کشور ما بیشتر بچه‌ها بوسیله این افراد ختنه می‌گردند، پوست ناحیه دهانه

مادر کشف می گردد. از علائم شایع و اغلب حتمی است که بایک معاینه مختصر (بشرط توجه با احتمال وجود این عارضه) توسط طبیب تنگی محل ابتدای سوراخ مجرای ادراری مشخص می گردد [۱].

درمثانه عوارض مهمتر و متنوع تری ایجاد خواهد شد. علاوه بر عفونت مثانه و ایجاد سیستمتهای مقاوم که عارضه شایعی است و این عفونت خود می تواند عوارض بعدی دیگری را بر روی حالب و کلیه ایجاد نماید. سنگ مثانه ممکن است در اثر وجود تنگی در پیش بیمار ایجاد شود و علائم و عوارض بعدی را صدچندان بیشتر و با ایجاد آنها را سریع تر نماید [۲].

بطور معمول در اثر وجود این تنگی، جدار عضلانی مثانه بعلت تلاش زیادیکه برای دفع ادرار محتوی خود از مجرای تنگ بخرج می دهد، شروع به هیپر تروفی مینماید. این هیپر تروفی عضلات مثانه، موجب ازدیاد فشار مثانه می گردد و این ازدیادگاهی بدو برابر و حتی بیشتر از فشار معمولی و فیزیولوژی مثانه میرسد (طبیعی در شروع کونتراکسیون مثانه ۵۰ الی ۶۰ سانتیمتر آب) [۲] اگر چه این هیپر تروفی عضلانی و این ازدیاد فشاریک عمل جبرانی است و ظاهر آن از ایجاد عوارض بعدی جلو گیری مینماید ولی در باطن موجب ایجاد ضایعات مختلف در حالب و کلیه می گردد. زیرا کلفتی و ضخامت جدار عضلانی مثانه باعث می گردد در قسمتی از حالب که در جدار مثانه قرار گرفته است (حالب داخل جداری) استنوز عملی و فیزیولوژیکی ایجاد شود و در موقع دفع طبیعی ادرار از حالب بمثانه اختلال کم و بیشی ظاهر گردد و با در نظر گرفتن هیپر تروفی کم و بیش زیادتری هم که در ستیغ بین حالبی ایجاد شده است و با در نظر گرفتن آثار فیزیولوژیکی دقیق این ساختمانهای عضلانی - مخاطی در برگشت ادراری از مثانه بحالب (رفلو) و بالاخره پیشرفت ضایعات مثانه و ایجاد تراکولاسیونها و دیورتیکولها و احتمالاً تشکیل ساکولهای کنار حالبی درمثانه که موجب میگردد حالب بین جداری، بحالب خارج مثانه ای تبدیل گردد و بالاخره تشریک مساعی عوامل عفونی و سایر عوامل شناخته و ناشناخته باعث برگشت ادراری از مثانه بحالب گشته [۲] هیدرواوره و هیدرونفروزیکه قبلاً پی ریزی شده بود (در مرحله جبرانی و هیپر تروفی عضلات مثانه) شروع به پیشرفت و تکامل مینماید و این آثار رفلوی ادراری هر چه سن شخص پائین تر باشد، زودتر و شدیدتر و محتمل تر است - چه حالب داخل جدار مثانه ای که در جلو گیری از برگشت ادرار از مثانه به حالب باوضع تشریحی دقیق و پیچیده خود، نقشی اساسی دارد، هر چه سن شخص کوچکتر باشد کوتاه تر است، بطوریکه در نزدیک کودیک یک یا دوساله اندازه و طول حالب داخل جداری در حدود ۵ میلیمتر و دریک شخص بالغ در حدود ۱۵ میلیمتر است و بنا بر این پر واضح است در صورتیکه عوامل دیگری در کار باشد، ایجاد رفلوی ادراری

دریک کودک خیلی محتمل تر ازیک شخص بالغ میباشد. [۲] بهر حال وقتی دفع ادرار از حالب بمثانه دچار اشکال شد یا در کنترت کسینو نهایی معمولی یا شدید مثانه برخلاف حالت طبیعی، مانعی در راه برگشت ادرار از مثانه بحالب موجود نبود، بتدریج آثار هیپر تروفی در جدار عضلانی حالب برای حفظ عمل فیزیولوژیکی و ازدیاد فشار دفع ادرار از حالب بمثانه در آن ایجاد میشود و بالاخره بتدریج آثاری از گشادی و بلندی طول حالب در آن ظاهر میشود و گاه حالب بقدری گشاد میگردد که اغلب حتی بوسیله جراحان باتجربه بایک قوس روده با شتاب گرفته میشود و ضایعات با ایجاد عفونت و فیبروز و واسکلولوز اطراف حالب با وج خود رسیده و موجبات تکمیل ضایعات کلیه را فراهم میسازد [۲] در کلیه ... بر حسب اینکه با سینه انتر ایلر یا اکسترا ایلر باشد (لگنچه داخل کلیوی و خارج کلیوی) ضایعات ایجاد شده و محل آن و پیشرفت ضایعه در بدو امر کمی فرق خواهد داشت [۱-۲] در لگنچه خارج کلیوی که با سینه در بستری از چربی نرم و غیر مقاوم قرار گرفته است، با آسانی شروع بگشاد شدن مینماید و گاهی بقدری پر حجم میشود که نسج اصلی کلیه در مقابل بزرگی و حجم با سینه حجم خیلی کوچکی را تشکیل میدهد. [۱-۲-۳]

ولی در لگنچه های داخلی کلیوی، ضایعات بیشتر در کالیسها و مخصوصاً در رأس پاییها ایجاد میشود و آثار و عوارضی که بر روی کورتکس کلیه میگذارد، خیلی شدیدتر و پیشرس تر است [۲] ولی در هر دو نوع (اکسترا یا انتر ایلر) بالاخره آثاری که در رأس پاییها ایجاد شده پیشرفت مینماید و تا آخرین حد آتروفی مخصوص کرتکس کلیه و عضوی پیش میرود. بطوریکه در نهایت امر در صورتیکه علت یا علل ایجاد کننده هیدرونفروز بر طرف نگردد، از کلیه جز کیسه ای بزرگ، پر از محلولی شبیه ادرار (ادرار رقیق) و با چرک، چیز دیگری بر جای نمی ماند و چه بسیار دیده شده است که بیمار همه این دوران بیماری خود را بی سر و صدا و بدون داشتن کوچکترین علامتی و یا با علائمی غیر قابل توجه و ناچیز، طی کرده و بعلت علائم اورمی یا بیماری دیگر مورد معاینه قرار گرفته و تشخیص هیدرونفروز پیشرفته یک یا حتی هر دو کلیه داده شده است. [۱-۲-۳]

در پیش این چنین بیمارانی، اولین اقدام درمانی بر طرف کردن علت ایجاد کننده بیماری است و در پیش بیمار ما هم اگر بموقع مراجعه و تحت درمان لازم مآتوتومی قرار میگرفت، [۴] ایجاد عوارض بعدی بنظر بعید میرسید در صورتیکه دره - راحل بعدی عوارض قابل درمانی داشتند (عفونت - دیورتیکول - سنگ و غیره) که مخصوصاً خود این عوارض میتوانند باعث پیشرفت و ادامه بیماری گردند، باید در رفع عوارض مذکور نیز اقدام لازم بعمل آید [۱-۲-۳] - ولی تاچه حد آثار و عوارضی که بر روی مجرا یا مثانه - حالب و کلیه ایجاد شده است قابل برگشت و قابل ترمیم است، کلی موجب بحث و گفتگو است [۲-۳].

بچه‌ها بخصوص در دوران طفولیت و قنداق کردن و عدم رعایت موازین بهداشتی است .

- تنگی دهانه مجرای ادراری درمجرای ایجاد عفونت‌های مقاوم - دیورتیکولهای مجرا - عفونت انساج اطراف مجرای ادراری - فیستولهای مجرای ادراری مینماید .

- درمثانه ایجاد دیورتیکول - سنگ مثانه - سیستمهای مقاوم - هیپرتروفی جدار مثانه - آتروفی جدار مثانه و بالاخره برگشت ادراری (رفلو) مینماید .

- برگشت ادراری هرچه سن بیمار پائین تر باشد بیشتر امکان پذیر است .

- در کلیه‌هایی که دارای باسینه‌انتراهیملر هستند ، صدمات وارده به نسج کلیه خیلی شدیدتر از کلیه‌هایست که باسینه اکستراهیلر دارند .

- ضایعات هیدرونفروتیک ابتدا از سرپایی‌ها شروع شده و تا آتروفی واضح جلال کامل کورتکس کلیه میتواند پیشرفت نماید .

- از بین بردن علت ایجادکننده هیدرونفروز مقدار معتنا بهی از عوارض ایجاد شده را بهبود میبخشد .

ولی باید در نظر داشت که مقدار زیادتری از این آثار فقط گشادی و دیلاتاسیون ظاهری است و چندین ماه بعد از برطرف کردن علت ایجادکننده بیماری از بین خواهند رفت ولی آثاری چون دیورتیکول یا هیدرواورترویا هیدرونفروز بمعنای کامل و حقیقی ، با آثار ایجاد شده تشریحی ، غیر قابل برگشت و در حقیقت نتیجه اساسی درمان هم مربوط بهمین قسمت بیماری است که متأسفانه در اغلب مواقع بیمار از درمانهای طبی یا تدابیر جراحی بهره‌ای قابل توجه نمی‌برد [۱-۲] .

و این تأسفی است بر بیماری که نسبت به وجود خود ناآگاه و بی‌اعتناء است و تأسف بزرگتری است بر طبیبی که از آثار زیان بخش و عظیم عوارض خیلی کوچک (تنگی غیر قابل توجه ابتدای مجرای ادراری) غافل میباشد .

خلاصه

- علل بیشماری میتواند در شخص ایجاد هیدرونفروز نمایند که یکی از آنها تنگی دهانه مجرای ادراری بعامل مادرزادی و یا اکتسابی است .

- علل اکتسابی تنگی دهانه مجرای ادراری در ایران بنحوبارزی زیادتر است که بنظر میرسد علت آن ختمه کردن پسر

References

- 1- Baily and Hoves. Short Practice of Surgery « thirteenth Edition » 1965 1227 - 1228 - 1235
- 2- Donalde R. Smith M.D (third Edition) 1958, 70-283
- 3- Urology Campbell volum I (Second Edition) 324 - 886
- 4- Urology Campbell Volum II (Second Edition) 1731
- 5- Surgical urology By R.H Flocks and David . A. Culp. 12. (Third edition) 1964 376