

عنوان: گزارش یک مورد پیگیری 7 ساله نوزاد مبتلا به هیدرو نفروز مادر زادی نویسندگان: اکرم سجادی (دانشجوی مامایی)

استاد راهنما: فروزنده دشتی (عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان)

چکیده: هیدرو نفروز مادرزادی یعنی تجمع ادرار در لگنچه کلیه و یکی از شایعترین اختلالات کلیه می باشد و از علل مهم آن تنگی و انسداد در هر سطحی از توبول جمع کننده تا پیشابراه است که سبب بازگشت ادرار از مثانه به کلیه میشود. هیدرونفروز سبب اتساع و آتروفی بافت کلیه و اختلال عملکرد کلیه می شود.

معرفی مورد: نوزاد پسر؛ ترم، ظاهراً سالم با آپگار 10/9 و اندازه های طبیعی وزن، قد و دور سر با سزارین متولد می شود. در 15 روزه گی به علت بی قراری، تغذیه ضعیف و تب بستری و در اسکن از تمام بدن، هیدرو نفروز کلیه راست و آتروفی کلیه چپ مشخص می شود و در معاینه دیورتیکل انسدادی در انتهای آلت کشف می شود. نوزاد سیستمستومی (تخلیه ادرار از روی شکم) شده و بعد از 6 ماه با بهبود علائم، سیستمستومی بسته و دیورتیکل مجرا اصلاح میشود و تحت بررسی های پاراکلینیکی سریال شامل تجزیه و کشت ادرار و اسکن هسته ای از دستگاه ادراری قرار میگیرد. اکنون کودک 7 ساله است، رشد حسی، حرکتی و اندازه قد و دور سر طبیعی ولی وزن همیشه زیر صدک دهم است بهره هوشی کودک طبق گزارش مادر بالای می باشد.

نتیجه گیری: روش های تصویر برداری دقیق در هفته آخر بارداری جهت اطمینان از سلامت جنین ارزشمند هستند و در صورت علائم بیماری غیر اختصاصی در نوزاد اسکن هسته ای از تمام بدن مفید به نظر می آید. معاینه دقیق بعد از تولد نوزاد جهت کشف ناهنجاریهای پنهان ضروری است و نوزاد قبل از ترخیص حتماً علائم حیاتی، تغذیه، دفع ادرار و مدفوع طبیعی باید داشته باشد. تشخیص زودرس هیدرونفروز مادرزادی در نوزادی مانع ضایعات بافت کلیه می شود.

کلمات کلیدی: هیدرو نفروز مادرزادی، دیورتیکل انسدادی آلت پسر،

مقدمه:

هیدرو نفروز مادرزادی یا اتساع غیر طبیعی سیستم پیلو کالیس در هر 500-100 تولد، یک مورد رخ می دهد یکی از علل این بیماری تنگی های مجرا به علت عفونت مجرا، دیورتیکل مجرا، عفونت بافتهای اطراف مجرا و فیستول های مجرای ادراری رخ می دهد. در مثانه، دیورتیکل، سنگ، کیست، هیپر تروفی جدار و آتروفی بافت نیز سبب جریان بازگشتی ادرار (Reflux) می شود، چون غلیظ سازی ادرار در نوزاد کمتر است، حجم و برگشت ادرار بیشتر میشود. شایعترین تنگی ها و انسداد، در مسیر حالب به لگنچه، حالب به مثانه و مثانه به مجرای ادرار است. ریفلاکس، درجه بندی (Grade) از یک الی پنج بر حسب ضایعات هیدرو نفروتیک دارد، در هر دو جنس درجه دو و سه شایعتر است ولی در پسران درجه 4 نیز شایع است. هر چه میزان ریفلاکس بیشتر باشد ضایعات هیدرونفروتیک از جمله جوشگاه (Scar) بیشتر است. تشخیص این بیماری با سونو گرافی، پیلوگرافی رتروگراد، IVP, KUB، سی تی اسکن، آزمایش کامل ادرار و سرم می باشد. درمان بستگی به علت اختصاصی انسداد دارد و شامل بر طرف کردن انسداد (از سونداژ تا جراحی) است و به سبب درد های کولیکی ناشی از انسداد مصرف داروهای مسکن و ضد اسپاسم ضروری است.

معرفی بیمار: خانم 22 ساله، GIPoAbo بدون نسبت فامیلی با همسر و بدون هر گونه بیماری ذکر شده در خود و همسرش، در دوره بارداری جز لکه بینی در 1 T و 3 UTI در 3 T مشکلی نداشته. مادر ادعا می کند در محیط استرس زا و معرض سرب بوده. افزایش وزن دوران بارداری 19 کیلوگرم و در روز EDC بدون پیشرفت مناسب، c/s انجام می شود طبق گفته پزشک مادر اولیگو هیدرو آمنیوس داشته ولی بررسی نشده و طبق سونوگرافی معمولی قبل از زایمان جنین سالم گزارش شده و نوزاد پسربا آپگار 10/9 و ادم ژنرالیزه، ظاهراً سالم با وزن 4000gr قد 51cm و دور سر 38cm متولد میشود، در Rooming in در جمع آوری نمونه ادرار با مشکل روبرو می شوند چون مقدار دفعی ادرار کودک کم بوده است. مادر می گوید نوزاد در حین ادرار کردن گریه می کند و مقدار ادرار کم است و با بگ ادراری، ادرار

جمع آوری و عفونت ادراری گزارش نمی شود و نوزاد و مادر ترخیص می شوند. در 15 روزه گی به علت کاهش وزن (600 gr) و بی قراری و Poor feeding و تب با تشخیص سپتی سمی در بیمارستان الزهراء اصفهان بستری می شود و تحت درمان قرار می گیرد. با LP مننژیت رد می شود و مقدار هورمون آلدسترون طبیعی گزارش می شود ولی در سونوگرافی و اسکن هسته ای از کلیه ها، هیدرونفروز کلیه راست با grade II و حضور سنگ 5 میلی متری در کلیه راست و آتروفی کلیه چپ مشاهده می شود. سایر ارگان ها سالم گزارش می شود و با سیستمتری فشار داخل مثانه $830 \text{ cm H}_2\text{O}$ گزارش می شود و بعد از مدت 2 ماه بستری در بیمارستان در معاینه فیزیکی دیورتیکول انسدادی در انتهای penis و تنگی مجرا کشف می شود و تشخیص نهایی هیدرونفروز جنینی به علت وجود دیورتیکول است و درمان انجام اعمال جراحی سیتوستومی می باشد هنگام ترخیص آموزش مراقبت های پرستاری از نوزاد در منزل به مادر انجام می شود از جمله با سوند نلاتون و ژل لوبریکانت مانع از بسته شدن محل تخلیه شود. این عمل به مدت 6 ماه ادامه می یابد تا فشار نسبی از روی دستگاه ادراری برداشته شود. نوزاد با حال عمومی خوب و رعایت نکات بهداشتی و مصرف آنتی بیوتیک سفیکسیم هر 12 ساعت و سندگذاری، 6 ماه بعد مجدداً در بیمارستان کسری تهران بستری می شود و دیورتیکول ترمیم و سیتوستومی بسته می شود و مجرای ادراری با سوند گذاری متسع می گردد. فشار مثانه $200 \text{ cmH}_2\text{O}$ گزارش می شود و نوزاد با تجویز داروی نالیدیک اسید ترخیص می شود بعد از مصرف 24 ساعت فونتالان کودک برجسته و نوزاد با گریه زیاد به بیمارستان ارجاع داده می شود بخاطر عوارض دارو که افزایش فشار داخل جمجمه ای کودک می باشد، داروی نیتروفورانئوین جایگزین می شود. بعد از 6 ماه مجدداً ترمیم مجرا انجام می شود و فشار مثانه به $127 \text{ cmH}_2\text{O}$ می رسد و نوزاد با حال عمومی خوب ترخیص می شود. کودک 5 سال پروفیلاکسی نیتروفورانئوین، دتروزیترول و بکلوفن مصرف می کند در سن 1 سالگی به علت تب دچار تشنج می شود ECG طبیعی بوده ولی کودک به دستور پزشک مغز و اعصاب 5 سال فنوباریتال مصرف کرده، در این مدت هرگز سابقه تشنج و یا عفونت ادراری در کودک مشاهده نشده است. کودک در مهد کودک با کشیدن تصاویر از بدن خود که غیر عادی است و مشکل دفع ادرار دارد، حساسیت خود را نسبت به بیماری نشان می دهد. والدین کودک با هوشیاری سعی در عادی نمودن شرایط کودک می نمایند از جمله هنگام بررسی های پاراکلینیکی سریال از کودک مادر تظاهر به این می کند که این بررسی ها بر روی او و همسرش نیز انجام می شود و هر انسان سالمی نیاز به این معاینات دارد. به علت بالا بودن اوره رژیم غذایی کودک محدودیت پروتئین می باشد. مصرف زیاد مایعات سبب شب ادراری همیشگی کودک است و بخاطر آتروفی کلیه چپ و فشار بر روی کلیه راست اندازه کلیه راست بزرگتر از حد طبیعی و حالب گشادتر است و پسماند ادراری غیر طبیعی گزارش می شود. بررسی های پاراکلینیکی سریال شامل: ماهی یک بار $u/A \ \& \ u/c$ ، 6 ماه یک بار سونو و سالی یک بار اسکن هسته ای از دستگاه ادراری است. کودک اکنون 7 ساله، کلاس اول دبستان، رشد حسی، حرکتی، دور سر و قد طبیعی، بهره هوشی بالا ولی وزن کودک همیشه زیر صدک دهم می باشد. بررسی های سریال بهبودی نسبی کودک را گزارش می دهند و هیچ دارویی مصرف نمی شود.

بحث و نتیجه گیری: در کشور ما در سه ماهه سوم بارداری در اکثریت خانم های باردار بررسی سونوگرافیک انجام می شود و در این بیمار نیز سابقه سونوگرافی قبل از تولد وجود داشته. اما نوزاد او دارای تشخیص بعد از تولد بوده و فاقد گزارش هیدرونفروز حین حاملگی بوده است. تفاوت در تعریف متخصصین رادیولوژی ممکن است یکی از علل عدم تشخیص زودرس بیماری باشد. به عنوان مثال اتساع لگنچه کمتر از 3 mm را فیزیولوژیک، اتساع بیش از 5 mm غیر طبیعی و اتساع بیش از 7 mm را به عنوان هیدرونفروز تعریف کرده اند. بررسی سلامت جنین در هفته های اول حاملگی تصمیم در مورد ادامه حاملگی و در هفته ها آخر حاملگی تصمیم در مورد پیگیریهای بعد از تولد ایجاب می کند که یک روش تصویر برداری دقیق، نظیر سونو 3 بعدی انجام شود و معاینه دقیق نوزادان جهت کشف ناهنجاریهای مخفی ضروری است. اتفاق نظر در مورد تعریف هیدرونفروز جنینی و توجه بیشتر در سونوگرافی معمولی در حاملگی نیز می تواند کمک زیادی در تشخیص نماید و استفاده از سیستمترگرافی و اسکن جهت بررسی بیشتر کلیه توصیه می شود. البته روش های مختلفی از مداخلات جراحی در دوره قبل از تولد جهت کاهش ریفلاکس وجود دارد مانند شنت مثانه به آمینون، ارتباط کلیه به پوست، جراحی پلاستیک لگنچه، ارتباط مثانه به پوست. اعمال جراحی آنتی ریفلاکس در دوره بعد از تولد مانند مورد کاربردی تر است. البته درمان این

بیماران در تمام موارد جراحی نمی باشد زیرا احتمال بهبود خود به خودی ضایعه با مرور زمان و بدون مداخله جراحی ولی با کنترل و پیگیری بالینی و رادیولوژیک سریال وجود دارد.
والدین این مورد آگاه و پیگیری جدی و دقیق در مورد فرزندشان انجام داده اند و خوشبختانه کودک اکنون کاملاً سالم است، ولی در صورت ناآگاهی والدین، چه سرنوشتی در انتظار نوزادان مشابه می باشند؟!

جداول:

موقع ترخیص	بستری 60 روزه گی	بستری 30 روزه گی	بستری 15 روزه گی	بررسی ها سین
7/456	7/438	7/437	7/134	PH
18/7	44/7	20/8	11/2	Pco ₂
10	14/9	10/6	23/5	BEccf
7/4	12/4	8/6	23/30	BE
12/7	8/5	12/8	3/5	Hco ₃
4/4	4/3	3/7	5/2	K
40/5	35/5	39/3	24/6	BB
98/3	79/4	118/9	77/2	POZ
75	66	46	78	BuN
0/9	1/3	1/4	2	ceratin
132	133	130	120	soduime

تشکر و قدردانی:

در پایان از همکاری صمیمانه مادر این کودک و آقای دکتر کجیاف زاده و خانم دکتر قیصری و کلیه پرسنل بخش کودکان بیمارستان کسری در تهیه مقاله تقدیر و تشکر می شود.

منابع:

- 1- دکتر افشین صفایی اصل. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. سال سیزدهم، شماره 51. پاییز 1383.
- 2- دکتر هادی سرخی. حاجی قربان نورالدینی. بررسی نوزادان متولد شده با هیدرونفروز جنینی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل دوره هشتم، شماره 2، 1385، صفحه 54-50.
- 3- دکتر داوود فروزانپور. دکتر رضا شریف. هیدرونفروز پیشرفته در اثر تنگی های مادرزادی و اکتسابی ابتدای مجرای ادراری. مجله دانشکده پزشکی تهران شماره هشتم و نهم، اردیبهشت، خرداد 83، صفحه 200.
- 4- هادی سرخی. مهسا هاشمی. اسکار کلیه ناشی از عفونت ادراری در کودکان. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، مازندران، سال پانزدهم شماره 47، فصل تابستان، سال 1384.
- 5- شریفیان مصطفی اخوان. بررسی میزان بهبودی خود به خودی ریفلاکس وزیکویورتال. دانشگاه علوم پزشکی قم 1388، 60-50.
- 6- Roth JA. Diamond DA. Prenatal hydronephrosis. Cuiropin Pediat 2007,13(2):138-47
- 7- Elder js. Antenatal hydronephrosis . Fetal and neonatal management Pediatr clin North Am 2000,44(5),1299-321
- 8- shokeir AA, Nijman RJ, Antenatal hydronephrosis: changing concepts in dignosis and subsequent management Bgu Int 2000,85(8):987-94

- 9- Diamond DA. pefers c.perinatal urology. In: parratt M,Avner ED,Harman WE.Pediatric Nephrology 4tyed. New york:Lippincott Williams and wilkins,2003:897,970
- 10-Gonzales R,schimke cm.ureteropel vicjunction obstruction in infants and children ped clin of north AM 2001:1505-14
- 11- Donalde R,smith M.D (third Edition)1999, 70-283
- 12- Bailly and Hovers. Short practice of surgery,thirteenth Edition 2000-1227-1228-1235
- 13-Koff SA Neonatal management of hydronephrosis urol clin North Am.2005.52(2):181-186
- 14- Chao SM,Saw AH.Tan CL. Vesiconureric reflux and renal scaring in children Ann Acamed singapoor.2006,20(5):335-9.