گزارش دو مورد هیدرونفروز جالب

دکتر داود فروزان‌پور ـ دکتر رضا شریف *

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۴ ، صفحه ۳۱۱، ۲۵۳۵

پیش‌گفتار: تاکنون ازهیدرونفروز تعریف کامل وقانع کنندهٔ علمی که مبین ضایعات تشریحی و فیزیولژیائی باشد، بعمل نیامده‌است. عده‌ای آنرا آتروفی مخصوص کلیه وعده‌ای دیگر اتساع وبهم خوردگی تعادل ترشح وجذب مجدد کلیه تعریف کرده‌اند.

اگر این تعریف در بدو امر بنظر کافی برسد، با در نظر گرفتن وضع تشریحی وفیزیولوژیائی کلیه ولگنچه وکالیس‌ها بعد ازایجاد وپیشرفت عارضه هیدرونفروز، بخصوص باتوجه به‌اشکال فراوان ومتنوعی که این اعضاء پیدا می‌کنند، نارسا خواهدبود(۵ـ۱۲ـ۳ـ۱).

درهیدرونفروز بتدریج هیپرتروفی عضلانی جدار لگنچه ، اتساع، کم شدن بافت فعال کلیه، کم شدن نسبی فعالیت کلیه، بهم خوردن تعادل دفع وجذب مجدد، عفونت وازبین رفتن ساختمان تشریحی فرامیرسد؛ ولی هیچ کلیهٔ مبتلا بهیدرونفروز دریك شخص با کلیه شخص دیگری که دچار هیدرونفروز شده باشد، از نظر تشریحی فیزیولژیائی و فیزیوپاتولوژیائی یکسان نیست.

اگر در بعضی امراض وجه تشابهی می‌بینیم، در مورد هیدرونفروز اختلافات متنوع وفراوان‌است.

این تفاوت بیش ازهرچیز بعلت این است که درایجاد هیدرونفروز علل گوناگون و فراوان دخالت دارند . اصولاً کلیه و با دید وسیع‌تری بدن، باعوامل دفاعی فیزیولوژیائی از ایجاد وپیشرفت این آتروفی مخصوص با طرق مختلف جلوگیری می‌کند. از این نظرحتی درمورد ایجاد نوع و وضع هیدرونفروز دو کلیه مختلف، که بعلت یك عامل دچار این آتروفی مخصوص شده‌اند، تفاوت فراوانی وجود دارد.

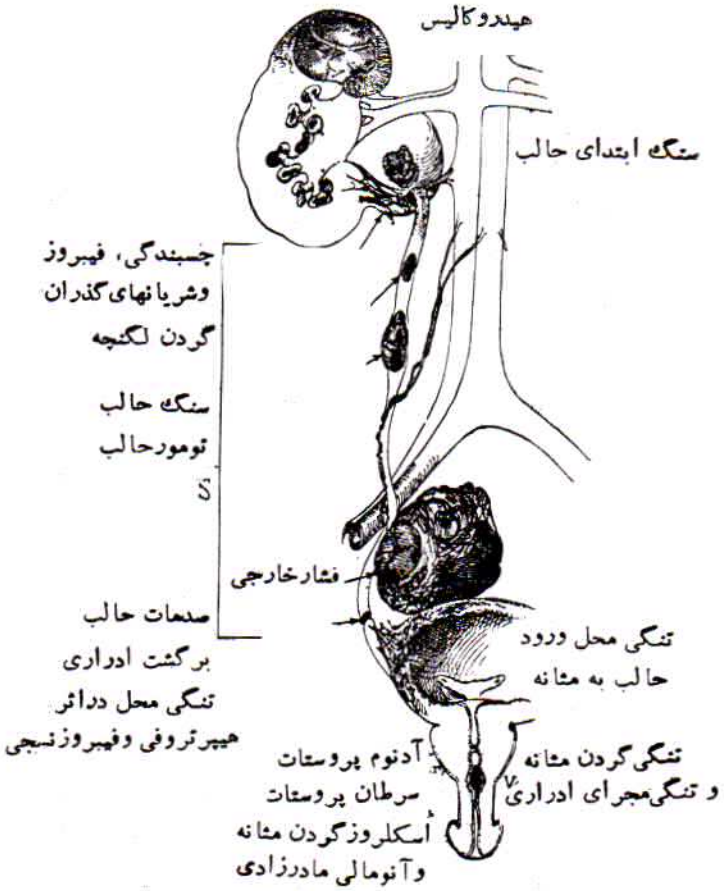
به همین مناسبت است که گفتگو دربارهٔ علت پیدایش هیدرونفروز بخش کلی و اساسی این مبحث را بخود منحصر می‌کند. ما نیز بعلت‌اهمیت موضوع ابتدا بشرح‌خلاصه‌ای‌ازعلل‌ایجاد هیدرونفروز میپردازیم:

بطورکلی هرعلتی که بتواند در فیزیولوژی دفع ادرار از کالیسها و لگنچه، که تابع قوانین خیلی دقیق ومهمی است، اختلالی‌ایجاد کند، دیر یازود باعث‌ایجاد هیدرونفروز بادرجات مختلف ومتفاوت خواهد شد. هرعلتی، یا به‌بیان کلی‌تر، هر مانعی که نزدیکتر به لگنچه باشد زودتر وسریعتر و شدیدتر باعث ایجاد این اختلال خواهد شد. مثلا در یك نوع تنگی با یك اندازه و یك میزان که در سوراخ خارجی مجرای ادرار «Urethre» قرارگیرد ویاهمین تنگی درمحل اتصال میزنای به لگنچه واقع شده باشد ـ با اینکه تفاوت فاصله‌ای این دوتنگی چند ده سانتی‌متر بیشتر نیست ـ ولی شدت ایجاد عارضه هیدرونفروز از نظر پیشرفت باندازه چند ده سال شدیدتر وکلی‌تراست. آنچه مربوط به‌تنگی نزدیکتر به‌کلیه است خیلی سریعتر وشدیدتر می‌تواند دربافت کلیه ایجاد عارضه کند. زیرا درتنگی‌های قسمت‌پائین‌تردستگاه‌ادرار، قسمت‌های دور ازکلیه(میزنای ومثانه وغیره) بارسنگین این‌فشار وتنگی‌را بردوش می‌کشند (۱ـ۱۰ـ۴ـ۸ـ۱۲). از علل ایجاد هیدرونفروز اکثر آنچه مادرزادی است مربوط به دوران کودکی است که بیشتر در دوران جوانی وابتدای بلوغ تظاهرمی‌کند؛ وآنچه اکتسابی است اکثرمربوط به‌دوران بلوغ است که در دوران دیرتری از زندگی ایجاد عارضه خواهدکرد(۱۱ـ۳ـ۶ـ۱). ازتنگی‌های مادرزادی میشود آنچه را که در زیر می‌آید نام برد:

* دانشکده پزشکی پهلوی ـ دانشگاه تهران.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

تنگی‌های سوراخ خارجی مجرای ادرار ، تنگیها و دریچه‌های مسیر مجرای ادرار وتنگی‌های گردن مثانه، عوارض مختلف مثانه، اسکلروز و تنگی درمحل اتصال میزنای بمثانه، نابه هنجاریهای مختلف سوراخ میزنای در مثانه، تنگی های میزنای و تنگی‌های محل اتصال میزنای بلگنچه. به آنچه در بالا گذشت این عوامل را باید افزود: اشکال مختلف سرخرگهای غیرطبیعی وسر گردان «Aberrantes» دراطراف میزنای و گردن آن وسایر نابه‌هنجاری های مادرزادی دیگر که ممکن‌است در دستگاه ادرار ودستگاههای دیگر بدن موجود باشد وبنوعی روی ترشح طبیعی کلیه اثر بگذارد (شکل شماره ۱) و از نخستین سال‌های زندگی باعث ایجاد و پیشرفت تدریجی و گاهی سریع هیدرونفروز گردد. از اینها گذشته، دراین‌جا از عوارض عصبی دوران کودکی نیز که به هر کیفیت باعث رکود ادرار قسمت های مختلف دستگاه ادراری میگردد ، مانند اسپیابیفیدا میلومننگوسل و غیره ، باید نام برد (۱-۲-۳-۴-۹-۱۲).



شکل شماره ۱

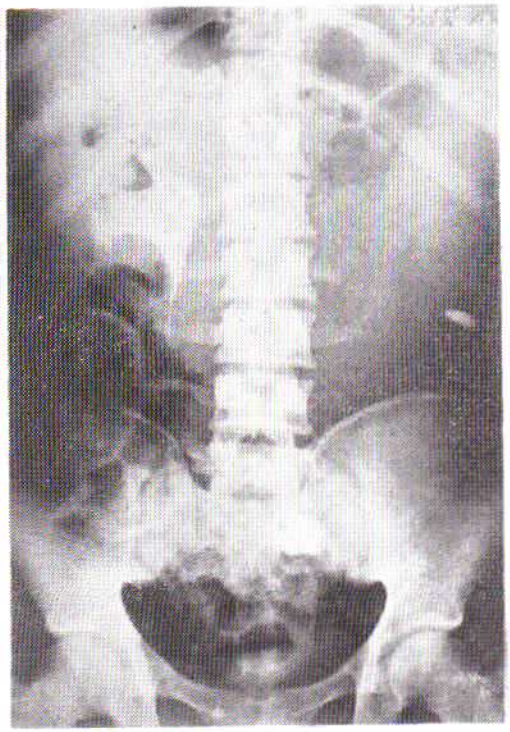
از علل اکتسابی باوجود تنوع وفراوانی، آنچه از همه شایع‌تر است موردمطالعه قرارمی گیرد(نمودارشماره ۱). ازآن جمله‌اند: ضیق‌های اکتسابی‌قسمت‌های مختلف مجرای ادراربعلل گوناگون، بیماری‌های پروستات‌ومنجمله سرطان، آدنوم‌پروستات‌وپرستاتیت های مزمن، سرطان گردن مثانه، تومرهای‌کف مثانه، تنگی‌های اکتسابی گردن مثانه، سرطان تنه و گردن زهدان، (بعلت فشار خارجی وانتشار بیماری)، سرطان‌های میزنای، تنگی‌های عفونی واکتسابی میزنای، تنگی‌های ضربه‌ای‌میزنای، فشارهای خارجی برمیزنای وبالاخره تنگی محل اتصال لگنچه به میزنای. از اینها گذشته باید عوامل عصبی را، که باعث رکود اکتسابی ادرار در مثانه و آنگاه در میزنای و لگنچه وبتدریج سبب پیدایش مراحل مختلف ئیدرونفروزمیگردد، متذکر شد (مثانهٔ نوروژنیک) (۱-۳-۴-۶-۷-۱۲-۱۱).

باری، تمام این علل از پائین‌ترین نقطه تا بالاترین قسمت دستگاه ادرار باعث بهم خوردن وضع تشریحی و در نتیجه فیزیولوژیائی قسمت‌های مختلف میگرددکه حاصل‌آن دیر یازود به‌صورت رکود ادرار در داخل کالیس‌ها و بالا رفتن فشار داخلی‌کالیس و لگنچه تظاهر می‌کند. در بدو امر بعلت هیپرتروفی جدار لگنچه تا حدودی اثر فشار و مانع خنثی میگردد ولی بالاخره اتساع جای هیپرتروفی را می‌گیرد وکالیس‌ها ولگنچه دچار تغییرات مرضی پیشرفته‌تری‌میگردد بدیهی‌است که برحسب اینکه لگنچه‌داخل کلیوی یاخارج کلیوی باشد، درنوع ونحوه تغییرفعالیت کلیه دگرگونی هائی بوقوع خواهد پیوست (۱-۷-۱۱)؛ و عجیب اینکه وقتی هیدرونفروز دوطرفی‌است بنظرمیرسدکه روند بیماری کندتر باشد. گویا عوامل معلوم و نامعلوم در مقاومت بافت‌کلیه دخالت دارند (۱-۷)؛ ولی آنچه مسلم است اینکه کلیه با اینکه بنظرکاملا آتروفیه می‌رسد معذلك تا آخرین لحظه عمل خودرا ولو بطور مختصر، حفظ میکندکه خود همین علت باعث ایجاد هیدرونفروز میگردد (۱-۳-۸). در بعضی موارد هیدرونفروزهائی که بعلت تنگی یا علل دیگر درکلیه حاصل میگردد تا مدت‌های مدیدممکن مختلفی‌است نشانه‌ای ازخود بروز ندهند؛ ولی‌اکثراً برحسب علل که باعث هیدرونفروز میگردد نشانه‌های گوناگون آن خودنمائی میکندکه ازآن‌جمله باید دردکم یازیاد یك یا هردوپهلو، هماتوری کم‌یازیادکه‌حتی گاهی‌باسرطان‌وسنگ کلیه‌اشتباه میگردد، عوارض معده و روده، کدورت وسوزش ادرار وگاهی پیوری کامل، تهوع و استفراغ ودر مراحل بعدی کاهش تدریجی یا سریع وزن بدن، رنگ‌پریدگی، بیحالی، رخوت‌شدید، خشکی‌دهان، سرگیجه وسایر نشانه‌های مربوط به‌پیدایش نارسائی کلیه واورمی را یادآوری‌کرد (۱-۳-۴-۶). در هیدرونفروزهای یکطرفی بعلت پیشرفت سریع بیماری، کلیه زودتر قابل لمس میگردد وگاهی این بزرگی کلیه باندازه‌ای میرسدکه شایدکاربرداصطلاح طنزآمیز «شاهکار بیماری»

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

مصداق پیدا کند(۱-۱۱-۱۲). دو نمونه زیر که در بخش اورولوژی دانشکده پزشکی پهلوی تحت عمل جراحی قرار گرفتند از انواع کم نظیر وجالب هیدرونفروز میباشد: کلیه یك بیمار ۴۸ کیلوئی، ۵/۸۵۰ کیلوگرم و کلیه یك دختربچه هشت ساله ۴/۲۰۰ کیلو گرم بود.

با اینکه از مراکز علمی دنیا وزن کلیه هیدرونفرتیك تا ۲۴ کیلو نیز گزارش شده‌است ولی تا آنجائیکه ازموارد نادر این بیماری در بیمارستان‌های ایران اطلاع در دست است ، کلیه هیدرونفرتیك باین بزرگی گزارش نشده است. اینك بشرح حال این دو مورد میپردازیم:





شکل‌های ۲ و ۳: کلیه‌های اوروگرافی که عدم ترشح کلیه چپ ودو سنگ کوچك و بزرگ متحرك و آثار فشار خارجی برروی لگنچه کلیه راست مشخص است.

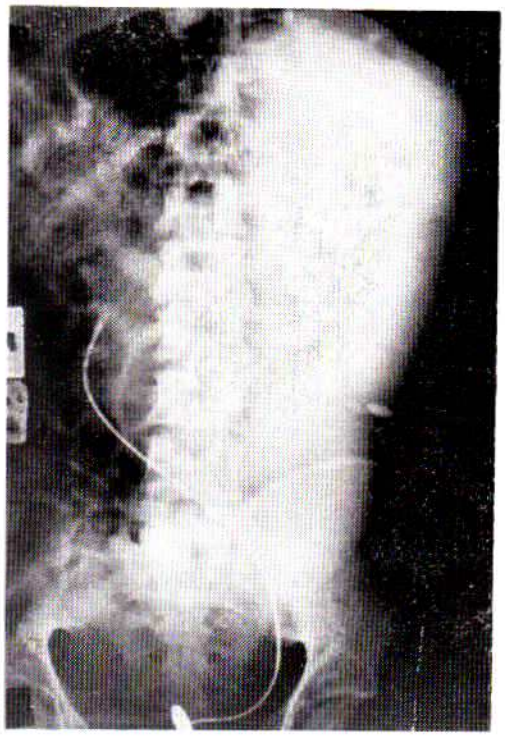
۱- م- ح ، ۱۸ ساله ،کارگر ساختمان، بعلت تب ولرز شدید در بخش عفونی دانشکده پزشکی پهلوی بستری میگردد. بیمار موقع بستری‌شدن ازتب ودرد شدید ناحیه شکم وپهلوی چپ شکایت دارد ودرقسمت چپ شکم برجستگی بزرگی بدست میخورد که بنابا ظهار بیمار درعرض چند روز بتدریج بزرگتر شده است. بیمار تحت درمان قرارمی گیرد و تب شدید بیمار بادرمان طبی بهبود مییابد. اوروگرافی عدم ترشح کلیه چپ و وجود تصویر کدر درهمانطرف را نشان می‌دهد. سپس بیمار برای تشخیص ودرمان جراحی به بخش میزه راه منتقل میگردد (شکل‌های۲-۳). درپیلوگرافی رتروگراد که از کلیه چپ بیمار بعمل میاید، علاوه بر رانده شدن میزنای چپ بطرف راست، دراثر بزرگی خیلی زیادکلیه، هیدرونفروز خیلی پیشرفته کلیه چپ محرز میگردد. برای واضح کردن تصویر کلیه حدود ۷۵۰ سی‌سی محلول اوروگرافین از طریق سوند میزنای بداخل کلیه تزریق شده بود (کلیشه ۴-۵).

در آزمایشهای پیرابالینی (پاراکلینیك) ادرار ۴۰-۳۰ لکوسیت، ۲۰-۲۲ گویچه سرخ ومقدارکمی آلبومین دارد. سرعت رسوب گلبولی درساعت‌اول ۵۰ است. اوره خون طبیعی است. در معاینهٔ دستگاههای دیگر بدن عارضه بخصوصی مشاهده نشد. بیمار در سابقه خود ناراحتی مشخصی را ذکر نمی‌کند. فقط اظهار میکند که گاهگاه در طرف چپ (موضع کلیه) احساس سنگینی و درد میکرده وگاهی دچار سوزش مختصر مجرای ادرار میشده است. ناراحتی بیماربعد ازسرماخوردگی مختصر بالرز وتب‌بالا واحساس درد شدید پهلوی چپ شروع شده است.

بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت وکلیه بزرگ طرف چپ از راه شکم برداشته شد. وزن کلیه ۵/۸۵۰ کیلو واندازه آن قابل توجه بود. بیمار بابهبودکامل از بخش میزراه مرخص گردید.

۲- بیمار دیگر دختربچه‌ای است ۸ساله بنام معصومه فرزندحسین که بعلت بزرگی شکم و درد شدید در بیمارستان بهرامی بستری میگردد. حالت عمومی خوب است . تب ندارد واشتهایش طبیعی است. برجستگی تقریباً بزرگی تمام ناحیه شکم‌را فراگرفته‌است

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]





شکل‌های ۴، ۵ـ پیلوگرافی رتروگراد از کلیه چپ... انحراف حالب چپ.... بزرگی خیلی زیاد کلیه چپ و لگنچه ـ از کلیه فقط کیسه‌ای لوبوله بجای مانده‌است.

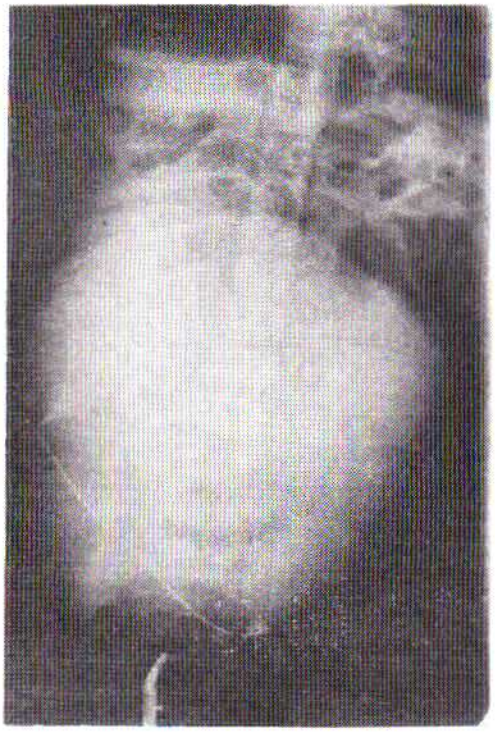
و در طرف چپ تا امتداد خط پستان ادامه دارد. تومور نرم است و دردناك نمی‌باشد. در آزمایش ادرار آلبومین ۲/۸ گرم درلیتر است. قند ندارد. گویچه‌های سفید ۲۰ـ۱۲ وگویچه‌های سرخ ۴۰ـ۳۰ عدد است.

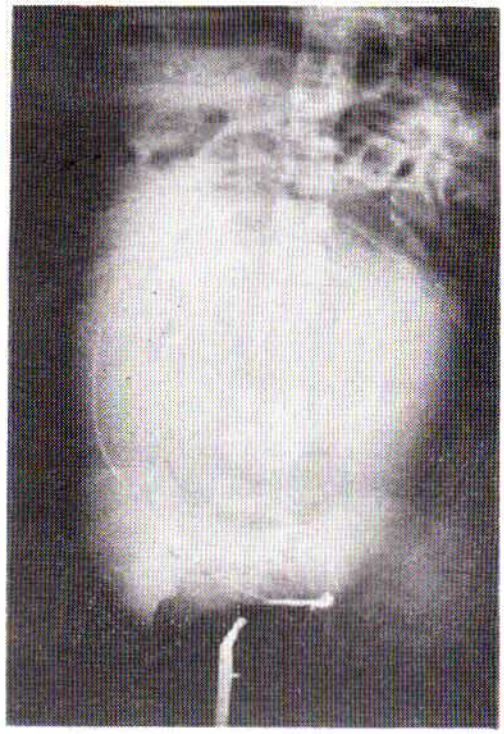
اوره ۳۲ سانتی گرم وآزمایش‌های دیگرطبیعی می‌باشد. کازونی- واینبرگ منفی‌است. ازبیمار اورو گرافی بعمل میآید. کلیه چپ ترشح ندارد و بنظر میرسد این تودهٔ توموری کلیه راست را نیز تحت فشارقرارداده‌است(شکل‌های۶ـ۷). کلیه طرف‌چپ درمعاینه خیلی بزرگ است و تقریباً تمام حفره شکم را فراگرفته است. پیلوگرافی رتروگراد بعمل میاید. در اثر بزرگی خیلی زیاد کلیه میزنای کاملابقسمت راست بدن رانده شده است. ازکلیه، با وجود تزریق حدود ۵۵۰ سی‌سی محلول اورگرافین، تصویر نامشخص آشکار گشته (شکل‌های۸ـ۹). بیمارتحت عمل‌جراحی‌قرار می گیرد وکلیه از راه شکم خارج میگردد. بعد از برداشتن کلیه آن را توزین کردیم که در حدود ۴/۲۰۰ کیلوگرم بود. بیمار بابهبود کامل مرخص شد.



شکل ۶ـ عدم ترشح کلیه چپ وآثار فشار روی حالب وکلیه راست: تصویر توده بزرگ داخل‌شکم.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]





شکل‌های ۷و۸: انحراف‌شدید حالب چپ در پیلوگرافی‌رتروگراد ـ تصویر نامشخصی‌از کلیه چپ بشکل کیست بعداز تزریق حدود ۵۵۰c.c ماده حاجب ازراه سوندحالب

REFERENCES :

1. Lieh. R., Jr. and Maurer, J. E: «Congenital hydronephrosis» J. A. M. A. 157: 577, 1955.
2. Morison. D. M.: «Routes of absorption in hydronephrosis» Brit. J. Urol., 1: 30, 1929.
3. Narath P. A: «The hydromechanics of the calix Renalis». J. Urol 43: 145, 1940.
4. Nesbit, R. M.: «Diagnosis of intermittent hydronehprosis» J. Urol., 75: 767, 1956.
5. Experimental hydronephrosis, Effects of ureteral participation. J. Urol. 87: 704, 1960.
6. Schmidt, S. S.: «urteral obstrution in the aglomerular kidney. J. Urol. 73: 226, 1955.
7. O'conor, V. J.: «Diagnosis and treatment of hydronephrosis» J. Urol. 73: 451, 1955.
8. Bobbitt, R. M. Extrinsic cause of hydronephrosis. J. Urol. 38: 562-573, 1937.
9. Deming C. L.: «ureteropelastic obstruction due to extrinsic and intrinsic lesion of the ureter as a clinical entity and its treatment» J. Urol. 50; 420-431, 1943.
10. Nesbitt, T.E., Meclellan, R. E. Tudor. J. M. et al. : Experiences with congenital hydronephrosis», Southern Med. J. 57, 189. 1964.
11. Urology Cumpbell volume I, Second Edition.. P:323-359 «The pathophysiology of urinary obstruction».
12. Urological surgery (Fourth Edition) Austin ingram Dodson J. I. (P, 160-178) «Hydronephrosis».

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]