

گزارش یک مورد آنژیوپلاستی و Stent گذاری موفق در درمان تنگی

شریان کلیه پیوندی

چکیده

مقدمه: پیوند کلیه به عنوان درمان انتخابی اکثریت بیماران مبتلا به End stage renal failure (ERSF) پذیرفته شده است. تنگی شریان، شایع‌ترین عارضه عروقی پس از پیوند کلیه است که در تقریباً ۲۵-۴۰٪ دریافت کنندگان رخ می‌دهد. معرفی بیمار: بیمار آقای ۶۸ ساله‌ای است که به علت ESRF ناشی از کلیه‌های پلی‌کیستیک، تحت پیوند کلیه از یک دهنده زنده قرار گرفته بود، از روش آناستاموز End to End شریان کلیوی به شریان ایلپاک داخلی راست استفاده شده بود که پس از گذشت ۱/۵ ماه از پیوند، کراتینین (Cr) بیمار تا ۳/۱ افزایش پیدا کرد. سونوگرافی کالر داپلکس از عروق اینترارنال، اندکس مقاومت شریانی (Resistance index=RI) و نمای امواج شریانی شرایین داخل کلیوی و داپلکس در شریان ایلپاک داخلی و شریان کلیوی اصلی، نشانگر وجود تنگی شدید در شریان ایلپاک داخلی پروگزیمال به محل آناستاموز بود. بیمار، با شک به تنگی در شریان ایلپاک داخلی تحت (Magnetic resonance angiography)MRA قرار گرفت. در این بررسی تنگی حدود ۹۰-۸۰٪ در شریان ایلپاک داخلی پروگزیمال به محل آناستاموز مشاهده گردید. در همین زمان، اسکن رادیونوکلئید با TC-DTPA، هیدرونفروز خفیف کلیه پیوندی و اختلال عملکرد آن را مطرح می‌کرد. با توجه به همه اقدامات تشخیصی فوق، بیمار با تشخیص تنگی شریان کلیه پیوندی، کاندید آنژیوپلاستی Percutaneous گردید. در عرض ۲۴ ساعت پس از stent گذاری، کراتینین بیمار تا ۲/۱ کاهش یافت و در آزمایشات بعدی، در عرض یک ماه، در سطح ۱/۳ باقی ماند. در سونوگرافی کالر داپلر پس از ۴۸ ساعت از جاگذاری Stent، نمای موج و اندکس‌های زمان و مقاومت شریان‌ها در محدوده طبیعی قرار داشتند. در اسکن رادیونوکلئید که ۳ روز پس از آنژیوپلاستی انجام شد، عملکرد کلیه نرمال گزارش گردید. نکته جالب در مورد گزارش شده، فاصله کوتاه ۱/۵ ماه پس از پیوند تا زمان بروز علائم تنگی شریانی و تنگی شریانی در پروگزیمال به آناستاموز در شریان ایلپاک داخلی و تنگی به دنبال پیوند از دهنده زنده است. نتیجه‌گیری: با توجه به جاگذاری موفق Stent در بیمار مورد بحث، Stent placement به عنوان یک روش درمانی ارزشمند و قابل انجام در کشورمان جهت درمان تنگی‌های شریانی متعاقب پیوند کلیه مطرح می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: ۱- کلیه پیوندی ۲- تنگی شریان ۳- آنژیوپلاستی

تاریخ دریافت: ۸۵/۷/۳۰، تاریخ پذیرش: ۸۶/۲/۲

مقدمه

می‌شود. شریان کلیوی معمولاً به صورت End to End به شریان ایلپاک داخلی یا از طریق یک آناستاموز End to Side به شریان ایلپاک خارجی در دهنده مرده، آناستاموز می‌شود. عوارض عروقی زودرس، ناشایع هستند.^(۱) تنگی شریانی، شایع‌ترین عارضه عروقی پس از پیوند کلیه است که در تقریباً ۲۵-۴۰٪ دریافت کنندگان رخ می‌دهد. تنگی

پیوند کلیه در سال ۱۹۶۰ با توانایی typing بافتی و ایجاد immuno suppressant موثر انجام شد. از آن زمان، پیوند کلیه به عنوان درمان انتخابی اکثریت بیماران مبتلا به End stage renal failure پذیرفته شده است. پیوند، با کلیه دهنده زنده یا جسد انجام می‌شود. در بالغین و بچه‌های بزرگ‌تر، کلیه پیوندی در خارج پریتون در حفره ایلپاک قرار داده

(I) استادیار و متخصص رادیولوژی، بیمارستان هاشمی‌نژاد، خیابان ولی‌عصر، کوچه والی‌نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول).

(II) دستیار رادیولوژی، بیمارستان هاشمی‌نژاد، خیابان ولی‌عصر، کوچه والی‌نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(III) استادیار و فوق تخصص نفروloژی، بیمارستان هاشمی‌نژاد، خیابان ولی‌عصر، کوچه والی‌نژاد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.