

hossam maghraby



شبكة المعلومات الجامعية

بسم الله الرحمن الرحيم



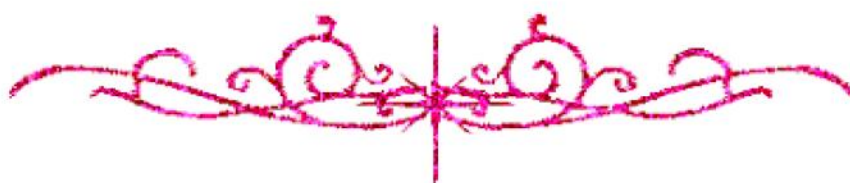
hossam maghraby



شبكة المعلومات الجامعية



شبكة المعلومات الجامعية التوثيق الالكتروني والميكرو فيلم



hossam maghraby



شبكة المعلومات الجامعية

جامعة عين شمس

التوثيق الإلكتروني والميكروفيلم

قسم

نقسم بالله العظيم أن المادة التي تم توثيقها وتسجيلها
علي هذه الأقراص المدمجة قد أعدت دون أية تغيرات



يجب أن

تحفظ هذه الأقراص المدمجة بعيدا عن الغبار



hossam maghraby



شبكة المعلومات الجامعية



بعض الوثائق الأصلية تالفة



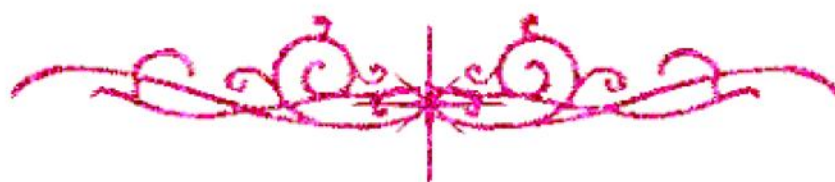
hossam maghraby



شبكة المعلومات الجامعية



**بالرسالة صفحات
لم ترد بالأصل**



B17769

جامعة دمشق

كلية الطب

ضيق الوصل الحويضي الحالبى

Ureteropelvic Junction Obstruction (UPJO)

بحث علمى أعد لنيل شهادة الماجستير فى الجراحة البولية

إعداد د. مازن محمد حسن

بإشراف د. عدنان أحمد

مدرس فى كلية الطب

٢٠٠٢م

١٤٢٣هـ

كلمة شكر:

لا بد لنا في نهاية المشوار أن نتوجه بالشكر الجزيل والامتنان العميق لكل من ساعدنا في هذه الرحلة، لكل من أفادنا بعلمه أو وقف معنا في ساحة العمليات يوماً ليوجهنا بالاتجاه الصحيح.

ونخص بالذكر هنا الدكتور عدنان أحمد الذي كان له الفضل بالإشراف على هذه الرسالة.

كما نشكر أعضاء لجنة الحكم على ملاحظاتهم القيمة الأستاذ إبراهيم برنوش والأستاذ المساعد نعيم هيدج.

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع لكل من:

رئيس وأساتذة شعبة الجراحة البولية في مشفى المواساة:

أ.د. إبراهيم برغوث

أ.م.د. وفيق بركات

أ.م.د. سمير عنزاوي

أ.م.د. صلاح رمضان

م.د. عدنان أحمد

م.د. حسان ناصر

وبقية أعضاء الشعبة

د. محمد فايز عابدين

د. عبد الحليم معطي

د. نبيل الصباغ

كما أتوجه بجزيل الشكر لرئيس وأساتذة شعبة الجراحة البولية في مشفى الأسد الجامعي:

د. ماهر حسامي

د. سعد كيال

د. رشدي العطار

إهداء

يقول الله تعالى:

(لقد جاءكم رسول من أنفسكم عزيز عليه ما عنتم حريص عليكم بالمؤمنين رؤوف رحيم)

إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم

إلى من علمني الجد والاجتهاد مذ كنت صغيرا فجزاه الله عني خير ما جازى والدا
عن ولده

إلى أبي حفظه الله

إلى من علمتني أسمى معاني الأخلاق

إلى والدتي الحبيبة

إلى جميع الأخوة والأصدقاء

ضيق الوصل الحويضي الحالبى

Ureteropelvic Junction Obstruction (UPJO)

هدف الدراسة :

عرض آخر المستجدات العلمية حول سبب هذه الآفة، وأحدث الطرق في تدبيرها.

الطرائق المستعملة:

دراسة إحصائية بأخذ عينة عشوائية من المرضى المصابين بهذه الآفة من مشفى المواساة والأطفال والأسد الجامعي ومتابعة أشكال التدبير المختلفة التي أجريت لهم والمقارنة بين أشكال التدبير المتبعة في مشفى المواساة ومقارنة نسب الشفاء والإختلاطات بالنسب العالمية .

النتائج:

- معرفة نسب النجاح المترافقة مع كل طريقة من طرق العلاج .
- معرفة نسب الإختلاطات في كل طريقة من طرق العلاج .
- معرفة أسباب الإختلاطات وكيف يمكن تجنبها.

الإستنتاجات :

ظهر لنا من خلال الدراسة أهمية الكشف المبكر عن الآفة لتجنب حالا انتهاء عمل الكلية ، كذلك ضرورة متابعة المريض بعد العمل الجراحي لمعرفة وجود النكس باكرا ما أمكن لإصلاحه في وقت مبكر .

مقدمة :

يعرف ضيق الوصل الحويضي الحالبى بأنه انسداد تشريحي أو وظيفي يعيق مرور البول من الحويضة إلى الحالب والذي إذا لم يعالج فإنه يؤدي إلى ظهور أعراض أو أذية كلوية.

يعتبر ضيق الوصل الحويضي الحالبى أشيع الآفات الإنسدادية الخلقية في الطرق البولية وهو يتظاهر بطيف واسع من الأعراض وإن تحسن الوسائل التشخيصية في الآونة الأخيرة مكن من كشف المرض في وقت مبكر من الحياة (الحياة الجنينية).

تشاهد هذه الآفة في الذكور أكثر من الإناث (٢:٥) وتكون غالباً في الجهة اليسرى (٢:٥) وتكون ثنائية الجهة في ١٠-١٥% من الحالات ويمكن أن تتواجد هذه الآفة في عدة أفراد من العائلة ولكن إلى الآن لم يثبت وجود نمط وراثي معين.

نظرة جنينية:

في الإنبوع الخامس من الحياة الجنينية يلتقي البرعم الحالبى مع اللحمية الكلوية البدئية (metanephric blastema) وبذلك تبدأ عملية تمايز النفرونات حيث يتفرع البرعم الحالبى إلى عدة أجيال من التفرعات تشكل في النهاية الحالب و الحويضة و الكؤيسات الكبيرة والصغيرة وهذا التناغم بين البرعم واللحمية ضروري من أجل تطوُّر الطرق المفرغة.

نظرة تشريحية:

لا يوجد مظاهر تشريحية ظاهرة أو واضحة للوصل الحويضي الحالبى و لكن التشريح النسيجي يظهر وجود طيات مخاطية في بعض الحالات من ضيق الوصل الحويضي الحالبى و مجهرياً يمكن أن نرى ألياف عضلية مرتبة او مصطفة في طبقتين واضحتين طبقة دائرية و طبقة طولانية و الطيات المخاطية و الطبقات العضلية تكون أحياناً غير موجودة في منطقة الوصل الحويضي الحالبى .

طول منطقة الوصل الحويضي الحالبى قيس في بعض الحالات وبلغت $(\pm 6,9)$ ملم. $(1,5)$ ملم. تتمدد منطقة الوصل الحويضي الحالبى نتيجة امتلاء الحويضة و يؤدي ذلك إلى زيادة الضغط الموضعي في منطقة الوصل حسب مطاوعة الوصل الحويضي الحالبى و لكن أحياناً هذه المطاوعة تكون غير جيدة مما يؤدي إلى ظهور الإنسداد أي إن مطاوعة ضيق الوصل الحويضي الحالبى لزيادة الضغط يمكن أن تعطي فكرة عن فعالية الوصل الحويضي الحالبى و هذا ما يدعم ما يدعم فكرة وجود معصرة عند منطقة الوصل الحويضي الحالبى الآلية المرضية :

الأسباب الداخلية لضيق الوصل الحويضي الحالبى :

يمكن أن تكون هذه الآليات هي السبب في ضيق الوصل الحويضي الحالبى على الرغم من عدم وجود آفة تشريحية واضحة .

أوضحت بعض الدراسات وجود خلل في تطور العضلية الدائرية في الوصل الحويضي الحالبى ، و البعض استفاد من هذه المعطيات و استنتج أن الحويضة الكلوية لا تستطيع أن تنقل الدفقة البولية بشكل جيد عند منطقة الوصل إذا لم يكن

هذا الوصل بشكل قمع و خلال هجمات الإدراج فإن الحويضة تتوسع و تصبح أقل قدرة على نقل البول إذا لم تكن بشكل قمعي جيد .

أيضاً دراسات أخرى أظهرت أن العضلية قد تكون جيدة في منطقة الوصل الحويضي الحالبى و لكن يوجد كميات كبيرة من ألياف الكولاجين و المادة الأساسية بين الألياف العضلية . و هكذا تكون الألياف العضلية متباعدة عن بعضها وضعيفة . هذه المعطيات أو الموجودات يمكن أن تفسر الخلل الوظيفي في هذه المنطقة العضلية و تشكل بالتالى نقل غير فعال للبول .

أيضاً أظهرت دراسات أخرى وجود زيادة هامة في العضلية المخاطية و أيضاً زيادة في عدد الألياف العضلية الطولانية الداخلية عند الأطفال أقل من سنة مما يفسر الضخامة الهامة في الطبقات العضلية التالية للانسداد .

و هناك سبب أقل شيوعاً في ضيق الوصل الحويضي الحالبى الداخلى و هو وجود دسامات مخاطية أو التواءات جنينية متبقية أو بوليبيات حالبية علوية . الطيات الخلفية هي نوع من الدسامات الحالبية و تكون شائعة في الثلث العلوي من الحالب بعد الشهر الرابع من العمر عند الأجنة ، أيضاً يعتقد أن الدسامات الحالبية يمكن أن تكون بداية حقيقية لضيق الوصل الحويضي الحالبى لأنها تشاهد بشكل شائع عند الرضع و الأطفال الصغار في الجهة المقابلة لجهة ضيق الوصل و بينما تكون غير موجودة أصلاً عند نمو الطفل و نادراً ما تشاهد عند البالغين . و هذا الشكل من الانسداد يمكن أن يصحح باستئصال هذه الدسامات و تسوية التعرج و لكن الأغلب أن هذا القسم من الحالب بحاجة إلى استئصال .

الآليات الخارجية لضيق الوصل الحويضي الحالبى الشائعة هي وجود الوعاء الشاذ أو الإضافي أو التفرع المبكر لأوعية القطب السفلى من الكلية و نسبة

وجود هذه الحالة هي ١٥-٥٢ % و أظهرت الدراسات أن هذا الوعاء الشاذ يمكن أن يترافق مع آفة داخلية سابقة لأن تحرير هذا الوعاء الشاذ لا يؤدي إلى غياب الانسداد و أظهرت الدراسات الأخرى أنه عند وجود وعاء إضافي للقطب السفلي للكلية ويمر عبر خلف الحالب فإن الحالب يمكن أن يتزوى في موضعين:

الموضع الأول هو منطقة الوصل الحويضي الحالبي و الموضع الثاني هو المنطقة التي يتماس فيها الوعاء مع الحويضة عندها تمتلئ و تنتبج للأمام و هكذا تصبح منطقة الانسداد مضاعفة في منطقة الوصل الحويضي الحالبي .
الجذر المثاني الحالبي يمكن أن يسبب تعرجاً و تزويماً في الحالب و بذلك تتشابه الصورة مع صورة الدسامات الحالبية كذلك فإن ضيق الوصل الحويضي الحالبي يمكن أن يكون ثانوياً للجذر حيث يترافق معه نسبة ١٠ % و هنا يتطاول الحالب و يتعرج بسبب المكون الإنسدادي للجذر و بسبب تثبيت منطقة الوصل بالتصاقات المحيطية و يمكن أن تتطور هذه التعرجات في هذه المنطقة و تسبب انسداداً ثانوياً.

و كنتيجة نقول : أحياناً توجد علامات تشريحية واضحة لضيق الوصل الحويضي الحالبي كالطيّات المخاطية أو غيرها.
ويمكن أن تلخص الآليات المحتملة:

١. انسداد داخلي يمكن أن يحدث بشكل ثانوي بتضييق من دسام حالبي .
٢. سوء تنسج حالبي uretral dysplasia يمكن أن يؤدي إلى خلل في الحركات الحيوية في منطقة الوصل الحويضي الحالبي أو عدم الترابط في عضلات منطقة الوصل الحويضي الحالبي يمكن أن يثبط الحركات الحيوية .

٣. ارتكاز عالي أو شاذ للحالب في أعلى الحويضة الكلوية يمكن أن يؤدي إلى خلل في إفراغ الحويضة .
٤. وجود وعاء شاذ في القطب السفلي أو الانضغاط بوعاء يمكن أن يؤدي إلى خلل في إفراغ البول أو الأوعية التي تحيط بالحالب عادةً يمكن أن يؤدي إلى انسداد أحياناً و توسع في الحويضة الكلوية .
٥. خلل في دوران الكلية مثل الكلية المهاجرة أو فرط في حركية الكلية الذي يؤدي إلى

انسداد متقطع وهو الآفة الوحيدة التي تؤدي إلى ظهور الأعراض و ترتبط بوضعية المريض .

٦. تدخل جراحي سابق مثل إصلاح الوصل الحويضي الحالبي السابق أو حصاة كلوية و هنا تكون الآفة بسبب التليف في منطقة ما حول الوصل الحويضي الحالبي .

الآفات المرافقة لضيق الوصل الحويضي الحالبي :

إن وجود تشوهات خلقية خاصة في الكلية المقابلة يحدث بنسبة عالية يمكن أن تصل إلى

٥٠% عند الولدان و يكون ضيق الوصل الحويضي الحالبي ثنائي الجانب هو الآفة الأكثر شيوعاً و يصل حتى ١٠-٤٠ % ، وفي المرتبة الثانية يأتي سوء تنسج الكلية و الكلية عديدة الكيسات كذلك فإن انعدام تنسج الكلية يوجد بنسبة ٥ % من الحالات و يمكن أن يوجد ضيق الوصل الحويضي الحالبي في القسم السفلي أو العلوي من الجهاز المفرغ المضاعف أو من الكلية ذات شكل نعل الفرس أو الكلية المهاجرة كذلك وصف درجات صغرى من جذر مثاني حالبي