تیمین علل هیدرونتوروز در کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به عفونت ادراری یا نارسایی رشد
مراقبه کننده به بیمارستان امیرکبیر اراک در سال ۸۴-۸۵

چکیده
مقدمه: هیدرونتوروز شیرخوارگی و کودکی ناشی از انحراف خاصی از شتاب و اغلب مادرزادی است. از آنجایی که مطالعه چندانی در این زمینه در ایران در حال انجام سوم، به خصوص در کودکان زیر ۱۲ سال بروز گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی که طی مدت ۹ ماه از آذر ۸۳ تا ژانویه ۸۴ در بیمارستان امیرکبیر اراک انجام گرفت، برای همه کودکان زیر ۱۲ سال که به علت نارسایی رشد یا عفونت ادراری مراجعه کرده‌اند، سونوگرافی در جلوگیری در صورت امکان‌پذیری درصداهای هیدرونتوروز در VCUG و DTPA IVP بود. سونوگرافی در جلوگیری در صورت امکان‌پذیری در VCUG و DTPA IVP بود.

نتایج: در مورد ۷۵ کودک (۴۰ دختر و ۳۵ پسر) که درصد آنها با عفونت ادراری ۸۸/۵ درصد آنها با نارسایی رشد و ۱۱/۵ درصد با نارسایی رشد و عفونت ادراری مراجعه کرده بودند، در سونوگرافی هیدرونتوروز مشاهده نشد. بیشترین حالت هیدرونتوروز در زیری با حرکت درجه III و IV بود. هیدرونتوروز در ۶۵ درصد موارد درجه I و در درباره، IV (۱۹ درصد) بود. ۵۰ درصد دخترها و ۲۰ درصد پسرها ریفلکس داشتند و متوسط سن زمان تشخیص ۳–۳ سال بود.

نتایج گیری: ریفلکس وزیکوپورتال و UPJO علی شایع هیدرونتوروز در کودکان مورد بررسی بود و باید در آزمایش وازگان کلیدی: هیدرونتوروز کودکان، عفونت ادراری، نارسایی رشد، ریفلکس وزیکوپورتال

E-mail: Fatemeh_Dorre @ yahoo.com
مقدمه

هیدرونوتروز یا انسان لگنچه و کالیس های کلیو، بیشتر به عنوان سونوگرافی است که می‌تواند به علت اندام مجاری ادراری در سطح مختلف با ریفلکس و زیکویورترال پیش‌بینی کننده واکنش مجاری ادراری ایجاد گردد (1). این عمل در صورت تشخیص اکثریت قابل درمان بوده و با درمان مشکل زیمی‌ای هیپرنوتروز می‌توان از آسیپیک کلیه و احتیاط نارسایی کلیه پیشگیری کرد. هیدرونوتروز، شیر خواری و کودکی ناحیه‌ای ادراری شایع و اغلب مادرزادی است (2). همچنین شایع ترین بیماری کلیوی تشخیص داده شده در سونوگرافی جنینی می‌باشد (3). در مورد بررسی هیدرونوتروز جنینی می‌باشد. در هیدرونوتروز و زیکویورترال این شیوه از بررسی‌های ابزاری هر یک از مطالعات انجام شده و از آنجا که نتایج مثبت بوده تا به حال به پیش‌بینی تشخیص پیش‌بینی و در نتیجه کمک‌های زیادی در بررسی HDP داشته است (4). در مطالعه کمیابی زاده در بررسی 203 مورد خانم باردار با تشخیص هیدرونوتروز جنینی، در مورد تشخیص نهایی UPJO 77 مورد ریفلکس و زیکویورترال 33 مورد درجه خنثی پیش‌بینی کرده، بوده است (2). در مطالعات در ایسرا آلمان بود که در بررسی 160 کودک با پیش‌بینی سنی 4 ماه شایع ترین علت هیدرونوتروز اندام‌دیده می‌باشد (5).

روش کار

این مطالعه توصیفی که در آن از روش نمونه‌گیری آسان استفاده شده است، به مدت 9 ماه از آذر 1383 تا بهمن 1385 در بیمارستان امیر کبیر انجام شد. طی این مدت 50 کودک زیر 12 سال که به علت عفونت ادراری علامت‌های ادراری و کشش ادراری مبتلا با شمارش کلیه بیش از 1/5 از آنها (وزن برای سن زیر صدک سه واحد بیش از دو صدک) که عفونت ادراری داشته با علامت‌های ادراری، درد شکم و یا پهلو و اندیکاسیون سونوگرافی داشتند، به دو مدار راه اطفال مراجعه کردند. اما در 8 ماه در سونوگرافی آنهای هیدرونوتروز گزارش شده بود، وارد مطالعه شدند. در این مدت به علت عفونت ادراری همزمان سونوگرافی در خواست می‌شد و VCUG سه هفته بعد از برطرف شدن عفونت انجام می‌گردد. سپس برای همه بیماران با هیدرونوتروز در خواست شد. در VCUG پیشگیری بیماران با صورت طبیعی بودن پیش‌بینی می‌گردد که سونوگرافی جنینی حاد است و در صورتی که هیدرونوتروز در سونوگرافی مجدداً بانی مناسب بود، برای بیماران زیر 3 ماه اسکن DTPA برای بیماران زیر 3 ماه سه ماه ممنوع است (4) و برای بیماران بالای سه ماه IVP (به دلیل ارزان‌تر بودن) در خواست می‌شد.

در صورتی که پیشگیری بیمار به طور کامل انجام نمی‌گردد از مطالعه خارج می‌شود. در ضمن بررسی بیماران توسط یک نفر و تصویر برداری آنها نیز در یک مرکز انجام می‌شود. در فرم جمع آوری اطلاعات برای همه بیماران پر گردید و نتایج بررسی‌ها در فرم
## جدول 1. توزیع فراوانی هیدرونافاز در اساس درجه بندی به تفکیک جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>درجه</th>
<th>دختر</th>
<th>پسر</th>
<th>کل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>درجه یک</td>
<td>20/22</td>
<td>3/5</td>
<td>23/27</td>
</tr>
<tr>
<td>درجه دو</td>
<td>7/10</td>
<td>7/8</td>
<td>14/18</td>
</tr>
<tr>
<td>درجه سه</td>
<td>6/7</td>
<td>7/6</td>
<td>13/13</td>
</tr>
<tr>
<td>درجه چهار</td>
<td>0/0</td>
<td>0/0</td>
<td>0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>کل</td>
<td>27/27</td>
<td>20/20</td>
<td>47/47</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتیجه:

از 25 بیمار (39 دختر و 26 پسر) مبتلا به هیدرونافاز درصد با مشکل اختلال رشد، 75 درصد با عفونت ادراری و 7/8 درصد با عفونت ادراری و اختلال رشد مراجعه کرده بودند.

بیشترین فراوانی سمن بیماران زیر 1 سال (از 26 درصد) و 2-4 سال (77 درصد) بوده است. درصد موارد هیدرونافاز کلیه چپ، 28 درصد کلیه راست و 40 درصد هر دو کلیه هیدرونافاز داشتند. فراوانی شدت های مختلف هیدرونافاز به تفکیک جنس در (جدول 1) آورده شده است.

از 27 مورد VCGU غیر طبیعی، 26 مورد ریفللاکس و 1 مورد فیستول مثانه به رکتوسیگمونید بود. ریفللاکس بیشتر سمت چپ (63درصد) و درجه III و UPJO بود. 20 درصد دخترا و 30 درصد پسرها ریفللاکس داشتند. در 22 مورد انچام شد که 13 مورد غیر طبیعی بود. بیشترین یافته، چپ (65درصد) بود. اسکن دیتپا (UPJO) بیمار انچام شد که 10 مورد غیر طبیعی بود.

توزیع فراوانی هیدرونافاز به تفکیک جنس در (جدول 2) آورده شده است.

## جدول 2. توزیع فراوانی هیدرونافاز به تفکیک جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>علل</th>
<th>دختر</th>
<th>پسر</th>
<th>کل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سگی</td>
<td>27/27</td>
<td>11/11</td>
<td>38/38</td>
</tr>
<tr>
<td>ریفللاکس</td>
<td>5/5</td>
<td>16/16</td>
<td>21/21</td>
</tr>
<tr>
<td>سگی + ریفللاکس</td>
<td>0/0</td>
<td>1/1</td>
<td>1/1</td>
</tr>
<tr>
<td>دولیکایبو</td>
<td>1/1</td>
<td>0/0</td>
<td>1/1</td>
</tr>
<tr>
<td>نر</td>
<td>0/0</td>
<td>0/0</td>
<td>0/0</td>
</tr>
<tr>
<td>کلیه نعل اسپی</td>
<td>1/1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کل</td>
<td>6/7</td>
<td>20/20</td>
<td>26/26</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث:

در این مطالعه شایع ترین علت هیدرونافاز در کودکان زیر 12 سال که به عفونت ادراری یا
تیپین علی هیدروتروف در کودکان زیر ۱۲ سال مبتلا به اختلال رشد سونوگرافی شده بودند، ریفلکس وزیکوئیت با انجام لیفروتروف و ریفرگیون با انجام MRI، VCUG، IVP، DTPA مسأله بود. برخی از روزنامه‌های لیفروتروف، ریفرگیون و MRI مورد بررسی می‌شود. سیستم غیر انسدادی توصیه می‌شود. سیستم، گرافی استاندارد با تجویز دوره‌یک عضو استاندارد را غیر انسدادی شخیص می‌دهد.(۱). تکریکی از رادیولیکبندی سونوگرافی و برای بررسی هیدروتروف پیشنهاد می‌گردد. MRI نیز می‌تواند روش تشخیص خوی برای بررسی موارد هیدروتروف باشد.(۱۰). یک مورد هیدروتروف گزارش شده در سونوگرافی درجه ۱ بود، در حالی که موارد ریفلکس تشخیص داده شده در VCUG و MRI نبود. به نظر می‌رسد که موارد هیدروتروف و عفونت ادراری چرایی بالاتر همراه بوده است.(۲۱).

در مطالعه پژوهشی برای تحقیق در پیرامون و همکاران در بررسی ۹۵ کودک که به اسکرین ۱۷ ساله مبتلا به هیدروتروف هستند، MRI و VCUG به ترتیب که توسط ۲۲ کودک از این آزمایشات شده، ۲۵ کودک MRI و ۱۴ کودک VCUG در ارائه داده شده‌اند. در بررسی MRI ۲۳ کودک چهار سیستم ادراری مشاهده شده، ۱۳ کودک سیستم دوم، ۲ کودک سیستم سوم و ۵ کودک که کیستیک دیس بلاستیک و ۵ مورد پلاستیک دانسته شده و در مورد MRI اسکرین، ۱۷ کودک MRI و ۱۴ کودک VCUG در آزمایه‌بندی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در این مطالعه، روش تشخیص‌های MRI و VCUG در این موارد مشاهده شده، زیرا که روش تشخیص‌های MRI و VCUG در اسکرین، ۱۷ کودک MRI و ۱۴ کودک VCUG در آزمایه‌بندی مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

در مطالعه‌ی در زاین نیز بر روی ۱۱ پسر و دختر مراجعه کننده به دهد پژوهان هماچوری با استفاده از MRI و VCUG نیز در تحقیق درجه ۱۷ سال مورد استفاده قرار گرفته که در سونوگرافی هیدروتروف مشاهده داشته‌اند. کودک مورد اول بدون علائم و علتهای عروقی و ۴ مورد انسداد خارجی به علت عروق نابنا و ۳ مورد پودن حالت داشته‌اند. بقیه موارد نیز تهی‌اند.

Downloaded from jams.aramku.ac.ir at 5:50 +0430 on Tuesday June 11th 2019
نتیجه‌گیری

برای ارزیابی هیدرونفروز، UPJO و علل شایع هیدرونفروز کودکی می‌باشد که در ارزیابی‌های هیدرونفروز باید مورد توجه قرار گیرند. پیشنهاد می‌گردد که برای تشخیص دقیق شکوه عامل مختلف در مطالعاتی به بروز افرادی که طور تصادفی بدون علامت‌های خاص، سونوگرافی شده و هیدرونفروز داشته‌اند، پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

بدلین و سلیقه از زحمات سرکار خانم دکتر اسید و جانب آقای دکتر گودرزی که ما را در انجام این تحقیق پایان داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

متبوع


Evaluation the causes of hydronephrosis in children under 12 years old with UTI or failure to thrive, visiting Amir Kabir hospital of Arak, November 2004 to August 2005

Yoosafi P¹, Dorre F², Cyrus A³

Abstract

Introduction: Hydronephrosis in infancy and childhood is a frequent urinary malformation. We were unable to find any reports concerning rate and causes of hydronephrosis in Iranian children; therefore, we decided to evaluate it, in under 12 years old children.

Materials and Methods: This was a descriptive study done in a 9-month period starting from November 2004. All children under 12 years old who had visited Amir Kabir hospital of Arak for UTI or FTT were enlisted and an ultrasonography was requested. If hydronephrosis was detected, then a VCUG was performed. For those with normal VCUG results, if hydronephrosis persisted in the follow up sonography, the next step was an IVP or DTPA scan.

Results: 65 patients (39 girls and 26 boys) were evaluated for hydronephrosis. 18.5% presented with FTT, 75.4% with UTI and 6.1% with FTT+UTI. The most prevalent causes of hydronephrosis were VUR (40%) and UPJO (23.5%). Grade I hydronephrosis was the most prevalent form (65%), however when VUR was present, it was mostly grades III or IV (27% and 19% respectively). 70% of girls and 31% of boys had VUR and the average age at the time of diagnosis was 2-3 years.

Conclusion: Vesicoureteral reflux and UPJO are the most prevalent causes of hydronephrosis and must be evaluated in children with hydronephrosis.

Key word: Children hydronephrosis, urinary tract infection, failure to thrive, vesicoureteral reflux

¹ - Assistant professor, pediatric nephrologists, Arak University of medical sciences.
² - Assistant professor, podiatrist, Arak University of medical sciences.
³ - Assistant professor, nephrologists, Arak University of medical sciences.