

## گزارش یک مورد کلیه اکتوپیک همراه با فتق بوخدالک سمت راست

امید امان‌الهی<sup>۱\*</sup>؛ حمیدرضا بیرانوند<sup>۱</sup>؛ محمدباقر حیدری<sup>۱</sup>؛ حامد نیکوپوردیلیمی<sup>۱</sup>

### چکیده

**زمینه:** فتق دیافراگماتیک از نوع بوخدالک نقص در تکامل در ناحیه خلفی جانبی دیافراگم می‌باشد. این آنومالی در بیش از ۹۰-۸۰ درصد موارد در سمت چپ دیده می‌شود. عدم تکامل و رشد دیافراگم موجب مهاجرت لوپ‌های روده کوچک و بزرگ و سایر احشای شکمی به حفره توراکس شده که این امر منجر به هیپوپلازی ریه در سمت مبتلا می‌شود. کلیه اکتوپیک در بیشتر موارد در لگن می‌باشد و موارد نادری از آن در قفسه سینه گزارش شده است.

**گزارش مورد:** بیمار، شیرخوار ۲ ماهه‌ای بود که به دلیل دیسترس تنفسی به بخش جراحی بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه ارجاع شده بود. در بررسی‌های انجام شده شامل عکس قفسه سینه، سونوگرافی هرنی بوخدالک سمت راست به همراه کلیه اکتوپیک در همی توراکس راست تشخیص داده شده بود. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و در نهایت با حال عمومی خوب از بیمارستان ترخیص شد.

**نتیجه گیری:** کلیه اکتوپیک توراسیک با وجود نادر بودن، به خصوص همراه با هرنی دیافراگم، می‌تواند با بررسی قبل و حین عمل، تشخیص داده شود و با انجام مانورهای لازم و موبیلیزه کردن پدیکول عروقی، حین ترمیم دیافراگم، در محل طبیعی خود قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** هرنی بوخدالک، دیسترس تنفسی، هیپوپلازی ریه، کلیه اکتوپیک

«دریافت: ۱۳۸۷/۱۰/۲۹ پذیرش: ۱۳۸۸/۳/۲۶»

۱. گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع)، گروه جراحی عمومی، تلفن: ۰۸۳۱-۴۲۷۶۳۱۰

## مقدمه

تکامل ناقص دیافراگم، یک سوراخ خلفی جانبی به جا می‌گذارد که به احشا شکمی اجازه می‌دهد به قفسه سینه وارد شوند. این نقص را فتق بوخدالک می‌گویند، فتق بوخدالک در سمت چپ شایع‌تر است (۹۰-۸۰٪). در این ناهنجاری، حفره شکم، کوچک و تکامل نیافته بوده و پس از تولد، شکل اسکافوئید خواهد داشت. هر دو ریه دچار هیپوپلازی هستند و انشعابات شریان‌های برونکیال و ریوی در آنها کاهش یافته است (۱).

نوزادان مبتلا به فتق دیافراگمی مادرزادی (CDH) بسیار بدحال هستند و مرگ و میر کلی آنها در بیشتر موارد حدود ۶۰-۷۰ درصد است. اکثریت قریب به اتفاق شیرخواران مبتلا، بلافاصله دچار دیسترس تنفسی می‌شوند.

کلیه اکتوپیک در نتیجه نقص صعود کلیه به وجود می‌آید. در بیشتر موارد، کلیه اکتوپیک در فضای لگن می‌باشد و موارد اندکی از آن در قفسه سینه گزارش شده است.

سونوگرافی قبل از تولد به خوبی قادر به تشخیص فتق دیافراگمی مادرزادی از هفته ۱۵ بارداری می‌باشد و پس از زایمان، تشخیص فتق دیافراگماتیک مادرزادی با استفاده از CXR<sup>۱</sup> داده می‌شود (۲).

درمان بیماران بعد از پایدار کردن وضعیت تنفسی بیمار شامل عمل جراحی از راه شکم و اصلاح دیفکت دیافراگم می‌باشد.

عمل بستگی به درجه هیپوپلازی ریه و وجود یا عدم

وجود هیپرتانسیون ریوی دارد (۳).

## معرفی بیمار

بیمار شیرخوار، پسر دوماه‌ای بود که در بخش اطفال بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه بستری شده بود و به دلیل دیسترس تنفسی، سیانوزه بودن، شکم اسکافوئید و افزایش قطر قدامی-خلفی توراکس از وی عکس برداری به عمل آمده بود که در CXR انجام شده، لوپ‌های روده کوچک و بزرگ توراکس راست مشاهده می‌شدند.

بیمار تحت سونوگرافی قرار گرفته بود که در آن وجود کلیه راست و لوب راست کبد در توراکس راست گزارش شده بود. بعد از پایدار کردن وضعیت تنفسی، بیمار کاندیدای عمل جراحی شد، شکم با انسزایون ساب کوستال راست باز شد و لوپ‌های روده، داخل شکم فرستاده شدند. لوب راست کبد و کلیه راست نیز با پایه عروقی آنها در حد امکان آزاد شدند، به زیرچین دیافراگماتیک منتقل شدند و سپس دیفکت دیافراگم ترمیم شد.

بعد از ۳ روز بستری در ICU و ۴ روز بستری در بخش، بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد (تصویر ۱).



تصویر ۱- هرنی دیافراگم راست همراه با کلیه اکتوپیک

## بحث

بیمار، هرنی دیافراگم (دفکت واضح دیافراگم) همراه

کلیه توراسیک بوده است.

این بیمار از دو جهت، مورد نادری بود. یکی وجود هرنی

دیافراگم در سمت راست که حدوداً ۱۰ درصد از موارد

هرنی دیافراگم را تشکیل می‌دهد (۶) و از طرف دیگر

وجود کلیه اکتوپیک داخل توراکس که در کتب مرجع

بی‌نهایت نادر گزارش شده است (۴ و ۶) و حتی در بعضی

از کتب مرجع ذکر شده که در کلیه توراسیک همراه با

هرنی دیافراگم واقعی نمی‌باشد و کلیه توراسیک را فقط

با اونتراسیون دیافراگم ذکر کرده است (۵)، در حالی که

## نتیجه‌گیری

کلیه اکتوپیک توراسیک با وجود نادر بودن، به‌خصوص

همراه با هرنی دیافراگم، می‌تواند با بررسی قبل و حین

عمل، تشخیص داده شود و با انجام مانورهای لازم و

موبیلیزه کردن پدیگول عروقی، حین ترمیم دیافراگم، در

محل طبیعی خود قرار گیرد.

## References:

1. Azarow K, Messineo A, Pearl R, Filler R, Barker G, Bohn D. Congenital diaphragmatic hernia--a tale of two cities: the Toronto experience. *J Pediatr Surg* 1997; 32(3): 395-400.
2. Bohn D. Congenital diaphragmatic hernia. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166(7): 911-915.
3. Boloker J, Bateman DA, Wung JT, Stolar CJ. Congenital diaphragmatic hernia in 120 infants treated consecutively with permissive hypercapnea/spontaneous respiration/elective repair. *J Pediatr Surg* 2002; 37(3): 357-66.
4. N'Guessen G, Stephens FD, Pick J. Congenital superior ectopic (thoracic) kidney. *Urology* 1984; 24(3): 219-28.
5. Keith W. Ashcraft, George W. Holcomb III, and J. Patrick Murphy, *pediatric surgery*, 4th ed, Philadelphia; Elsevier Saunders 2005:726
6. O'Neill J.A, Grosfeld J.L, Fonkalsrud E.W, Coran A.G, Caldamone A.A. *Principle of pediatric surgery*. 2st ed. Mosby 2003;458-679.