

گزارشی از یک مورد کاتتر به جای مانده ژوگولار طولانی مدت بدون عارضه

محبوب لسان پزشکی (M.D.)**

ام البنین تازیکی (M.D.)*

چکیده

در این گزارش بیماری معرفی می شود که با تشخیص نارسایی مزمن پیشرفته کلیه (به علت کلیه پلی کیستیک) برای او همودیالیز بعد از جای گذاری کاتتر ژوگولار، شروع شد. اما بیمار جهت خروج کاتتر مراجعه نکرده و به مدت یک سال با کاتتر ژوگولار دیالیز می شد و عارضه ای نیز مشاهده نشد. بیمار پس از یک سال با تب مراجعه و علائمی از عفونت کاتتر (شایع ترین عارضه ی کاتتر ها) مشاهده نشد. تشخیص نهایی بیمار کارسینوم سلول کلیوی بود.

واژه های کلیدی: نارسایی مزمن پیشرفته کلیه همودیالیز، کارسینوم سلول کلیه

مقدمه

عفونت کاهش یابد طول مدت استفاده از این کاتتر ها شش ماه تا یک سال می باشد (۸). کاتترهای دولوله ای بدون CUFFE را می توان در ورید ژوگولار، ساب کلاوین و فمورال گذاشت (۱۲). عوارض این کاتترها شامل عفونت، ترومبوز و پیچ خوردگی می باشد. ولی شایع ترین عارضه ای که منجر به خروج کاتترهای موقت می شود عفونت است. ریسک عفونت در هفته چهارم بعد از جای گذاری کاتتر ۱۰/۳ درصد گزارش شده است (۴ و ۶). ریسک عفونت در کاتترهای همراه با CUFFE و TUNNEL کم تر است (۱/۷ در هزار کاتتر در روز) بیمار مورد نظر در این گزارش، یک سال بعد از جای گذاری کاتتر مراجعه نکرده و کاتتر هم عارضه ای ایجاد نکرد. در بررسی های متعدد انجام شده تاکنون چنین موردی گزارش نشده است.

جهت انجام همودیالیز حاد به منظور برقراری جریان خون مناسب، به کاتترهای دو لوله ای (double lumen) نیاز می باشد. بهترین متد برای دسترسی به عروق در همودیالیز حاد کاتترهای دولوله ای بدون CUFFE و بدون TUNNEL می باشد زیرا بعد از جای گذاری سریع قابل استفاده است و در کوتاه مدت مشکل خاصی ندارد. طول مدت استفاده از این کاتترها حداکثر ۲-۳ هفته می باشد (۱۲). این کاتترها از پلیمرهایی ساخته شده اند که در هوای اتاق سخت و بدون انعطاف هستند تا جای گذاری آنها راحت تر بوده و در درجه حرارت بدن نرم تر می شوند تا احتمال آسیب به عروق کم تر شود. کاتترهای دولوله ای همراه با CUFFE را مدت طولانی تری می توان استفاده کرد جهت جای گذاری این کاتترها در زیر پوست TUNNEL ایجاد می شود تا احتمال

* ساری: خیابان امیر مازندرانی - مرکز آموزشی درمانی امام خمینی

* فوق تخصص کلیه، عضو هیئت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران

معرفی بیمار

بیمار مردی ۴۵ ساله مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه (END STAGE RENAL DIS) ناشی از کلیه پلی کیستیک بوده که از یک سال قبل برای بیمار با استفاده از کاتتر ژوگولار دولوله ای بدون CUFFE دیالیز شروع شد و توصیه شد جهت انجام فیستول گذاری (AVF) به جراح عروق مراجعه کند و به مرکز دیالیز دیگری معرفی شد. اما بیمار مراجعه نکرده و از یک سال قبل دیالیز بیمار با کاتتر انجام می شد. علت مراجعه بیمار تب و لرز و درد شکم بود. تب بیمار از یک ماه قبل از مراجعه شروع شده و در هنگام دیالیز لرز نداشته و کاهش وزن شدید را ذکر می کرد. در معاینه بیمار رنگ پریده، شدیداً کاشکتیک بوده و لنفادنوپاتی محیطی نداشت. در معاینه گردن، محل خروج کاتتر ژوگولار سمت راست کاملاً تمیز بود، اریتم و ترشح نداشت و کاملاً TUNNEL تشکیل شده بود. شکم در معاینه به صورت نامتقارن بزرگ بوده و در لمس درد و حساسیت وجود نداشت. بررسی ها جهت پی بردن به علت تب آغاز شد کشت خون، ادرار و کشت از ترشحات لومن کاتتر انجام شد. در عکس ریه نکته خاصی مشاهده نشد به جز اینکه نوک کاتتر در دهلیز راست قابل رویت بود. اکوکاردیوگرافی از نظر آندوکاردیت عفونی انجام شد که ورژتاسیون مشاهده نشد. برای بیمار جهت خروج کاتتر مشاوره جراحی عروق انجام شد. بعد از خروج کاتتر، انتهای آن (tip) برای کشت فرستاده شد. در بررسی های آزمایشگاهی آنمی هیپوکروم میکروسیتار مشاهده شد. کشت خون، ادرار، لومن و انتهای کاتتر منفی گزارش شد. در سونوگرافی توده های متعدد کیستیک که بعضی از آنها غیر هموژن بودند در هر دو کلیه مشاهده شد.

با تشخیص های احتمالی تومور کلیه (Renal Cell Carcinoma)، عفونت کیست یا خونریزی داخلی کیست برای بیمار سی تی اسکن انجام شده و بیمار آنتی بیوتیک وسیع الطیف دریافت کرد ولی با وجود درمان با آنتی بیوتیک، تب همچنان ادامه داشت. به علت عدم پاسخ به درمان، برای بیمار مشاوره جراحی صورت گرفت. نفروکتومی دوطرفه انجام شد و در پاتولوژی کارسینوم سلول کلیه (Renal Cell Carcinoma) گزارش شد.

RCC شایع ترین تومور کلیه می باشد که در افراد مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شیوع آن ۱-۲/۶ درصد، در بیماران دیالیزی ریسک آن ۳۰ برابر افراد جامعه (۳ و ۱۰) و نسبت آن در زن به مرد ۷ به ۱ می باشد. هر چه طول مدت دیالیز بیشتر و اندازه کیست ها بزرگ تر باشد خطر RCC بیشتر است. در نیمی از موارد در این بیماران تومور دوطرفه بوده و علائم رنال سل کارسینوم بیشتر سیستمیک است که شامل: تب، لرز، ضعف و بی حالی می باشد (۱۰).

بحث

شایع ترین علت خروج کاتتر در بیماران همودیالیزی عفونت است. عفونت طول مدت استفاده از این کاتترها را محدود می کند. در کاتترهای دولوله ای بدون CUFFE و بدون TUNNEL زیر پوستی ریسک عفونت بیشتر بوده و به ازای هر هفته که از جای گذاری کاتتر می گذرد ریسک عفونت به صورت لگاریتمی افزایش می یابد (۶ و ۷). کاتترهای بدون CUFFE گذاشته شده

نوک کاتتر هر دو منفی بوده که با توجه به شیوع نسبتاً زیاد عفونت در این کاتترها، این مورد نادر می‌باشد.

باکتری‌های ناشی از آلودگی لومن کاتتر یا ورود باکتری‌ها از پوست اطراف کاتتر می‌باشد (۴). فلورای نرمال پوست (استافیلوکوک و استرپتوکوک) عامل بیش‌تر این عفونت‌ها بوده و میزان عفونت بستگی به محل کاتتر دارد. ریسک عفونت در کاتترهای فمورال بیش‌تر از ژوگولار و ساب‌کلاوین می‌باشد (۶ و ۷) به‌طوری که ریسک عفونت در کاتتر ژوگولار بعد از هفته چهارم به ترتیب ۱/۷، ۴/۶، ۵/۴ و ۱۰/۳ درصد (۶ و ۷) در کاتتر TUNNEL CUFFE ۱/۷ در هزار کاتتر در روز است (۹). استفاده از پمادموپیروسین در محل خروج کاتتر میزان عفونت پوست اطراف کاتتر و هم‌چنین باکتری‌ها را کاهش می‌دهد (۷).

در ورید ژوگولار داخلی برای ۲-۳ هفته قابل استفاده می‌باشند (۴ و ۳).

بیمار فوق به مدت یک سال به پزشک مراجعه نکرده و فقط جهت انجام همودیالیز مراجعه می‌کرد و علائمی هم از عفونت کاتتر در طی یک سال گذشته نداشته است. در بیماران همودیالیزی ریسک عفونت با توجه به دستکاری‌های عروقی حین انجام دیالیز زیاد می‌باشد. هر چه طول مدت جای گذاری کاتتر بیش‌تر باشد، ریسک عفونت بیش‌تر است (۱۰/۳ درصد در هفته چهارم). عفونت ممکن است لوکال (محل خروج کاتتر) و یا سیستمیک باشد که با علائم باکتری‌می‌تظاهر می‌کند و در هر دو مورد کاتتر باید فوراً خارج شود (۴) در حالی که در بیمار فوق حتی محل خروج کاتتر هم علائمی از عفونت نداشت و کشت از مجرای کاتتر و

فهرست منابع

1. Fun, PY Schwab SJ. Vascular acces Concept for the 1990 S. *J AM Soc Nephrol* 1991; 3: 10.
2. Bander, SJ, Schwab, SJ. Central Venous Angioaccess For Hemodialysis and its Complication *Semin Dial* 1992; 5: 121.
3. Chees brough, SJ, Finch, RJ, Burder, RP. A Prospective Study of the Mecanisms of infection associated with hemodialysis Catheters. *J infect Dis* 1986; 154: 579.
4. Duhlberg, PJ, Yutuc, WR, New Comer, KL Subclavian hemodialysis Catheter infection *AmJ Kid Dis*. 1986; 7: 421.
5. Nielsen, J, Ladefoged, SD, Kolmas, HJ. Dialysis Catheter Related Septicemia—Focus on Stauphylo Coccus Aureus Septicemia. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13: 2847.
6. kairaitis, LK, Gottlieb, T. Outcome & complication of temporary hemodialysis catheter *Nephrol Dral Transplant* 1999; 14: 1710.
7. Sesso, R, Barbosa, D, Leme, I, et al. Staphylococcus aureus Proply Laxis in hemodialysis Patients Using Central V Catheter: effect of Mupirocin Ointment. *J Am SOC Nephrol* 1998; 9: 1085.
8. II. NKF-K/DOQ Clinical Praetile guidelines for vascular access: Udate 2000. *Amy kidney dis* 2001; 37: 5137.

9. Saad, TF, Bacteremia associated with tunneled, Cuffed hemodialysis catheter. *Am J kidney Dis* 1999; 34: 1114.

10. Truong, LD, Krishnan, B, Cao, JT, et al. renal cell carcinoma in aquired cystic kidney dis . *Am J kid dis* 1995; 26: 1.