

Congenital Anomalies of Kidney and Urinary Tract in a Dissected Cadaver: Case Report

Mohammad Hassan Sakhaie¹,
Marziyeh Pooladi²,
Soheila Madadi¹,
Yusef Abbasi¹

¹ Assistant Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² Assistant Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received April 30, 2023 ; Accepted June 18, 2023)

Abstract

Congenital anomalies of the kidneys and urinary tract account for about 30% of malformations diagnosed in children. These malformations may have derived from cellular and molecular deterioration. Some of these abnormalities, including accessory renal arteries, ureter duplication, and lobulated kidneys require early diagnosis before kidney transplantation and pelvic surgeries. During the routine dissection of an about 60-year-old man cadaver at Arak University of Medical Sciences, some congenital anomalies of the urinary system, including bilateral ureter on the left side and lobulated of both kidneys were observed. In this case, also an accessory renal artery was originated from the abdominal aorta and entered the lower pole of the left kidney hilum. Immediate identification of accessory renal arteries and duplicated ureters are necessary for kidney transplantation and prevention of vesicoureteral reflux. Early diagnosis of these problems through clinical symptoms and radiographic images before surgery is important as it reduces the possibility of errors or surgery complications.

Keywords: duplicated ureter, lobulated kidney, accessory renal vessels

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (222): 179-184 (Persian).

Corresponding Author: Yusef Abbasi - Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
(E-mail: yusef6542@gmail.com)

ناهنجاری‌های مادرزادی کلیه و مجاری ادراری در یک جسد تشریح شده: گزارش مورد

محمد حسن سخایی¹مرضیه پولادی²سهیلا مددی¹یوسف عباسی¹

چکیده

ناهنجاری‌های مادرزادی کلیه و دستگاه ادراری حدود 30 درصد موارد بدشکلی‌های تشخیص داده شده اطفال را شامل می‌شوند. این بدشکلی‌ها ممکن است ناشی از زوال سلولی و مولکولی باشند. برخی از این ناهنجاری‌ها شامل شریان‌های کلیوی فرعی، حالب دو گانه و کلیه‌های لوبوله می‌باشند، که آگاهی از وجود آن‌ها در طی پیوند کلیه و جراحی‌های لگن اهمیت داشته و نیاز به تشخیص زودهنگام دارند. در گزارش مورد حاضر، در خلال تشریح جسد یک مرد در دانشگاه علوم پزشکی اراک، ناهنجاری مادرزادی مشاهده شده در سیستم ادراری شامل کلیه‌های لوبوله و حالب دو گانه یک طرفه در کلیه چپ بود. هم‌چنین در این جسد، یک شریان فرعی کلیوی از آئورت شکمی منشأ گرفته و به بخش انتهایی تحتانی ناف کلیه چپ وارد شده بود. گزارش این نوع ناهنجاری‌ها دارای ارزش و اهمیت بالایی است و باعث می‌گردد جراحان، به احتمال بالای بروز این نوع ناهنجاری‌ها در کلیه‌ها و مجاری ادراری توجه داشته باشند. در واقع تشخیص زودهنگام این مشکلات از طریق علائم کلینیکی و رادیوگرافی قبل از جراحی اهمیت دارد و خطاهای احتمالی و آسیب‌های جراحی را کاهش می‌دهد و روند بهبود بیمار تسهیل می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حالب دو گانه، کلیه لوبوله، عروق فرعی کلیه

مقدمه

مشترک عبور کرده و سپس وارد مثانه می‌شود (2). ناهنجاری‌های مادرزادی در سیستم ادراری در حدود 20-30 درصد افراد مشاهده می‌گردد و شامل شریان‌های فرعی، لوبوله شدن کلیه و دوگانگی حالب‌ها می‌باشد. خونرسانی هر کلیه از طریق یک شریان کلیوی که از آئورت شکمی منشعب شده، تامین می‌گردد. این شریان وارد ناف کلیه شده و در ناف کلیه به شاخه‌های سگمنتال قدامی و خلفی تقسیم می‌گردد. شریان‌های فرعی کلیه خون مازاد کلیه را تامین می‌کنند. این شریان‌ها معمولاً

کلیه‌ها ساختار لوبیایی شکل پشت صفاقی می‌باشند که در جدار عقبی شکم، بین دنده دوازده تا سومین مهره کمر قرار دارند. کلیه‌ها دارای طولی در حدود 4-5 اینچ می‌باشند و عملکرد فیلتر کردن خون و تولید ادرار را بر عهده دارند. ادرار از بخش قیفی شکل لگنچه کلیوی به داخل حالب‌ها و سپس به مثانه تخلیه می‌گردد (1). حالب‌ها طولی در حدود 25-30 سانتی متر دارند و دارای بخش شکمی و لگنی می‌باشند. بخش لگنی حالب از تنگه فوقانی لگن و در جلوی محل دوشاخه شدن شریان ایلیاک

E-mail: yusef6542@gmail.com

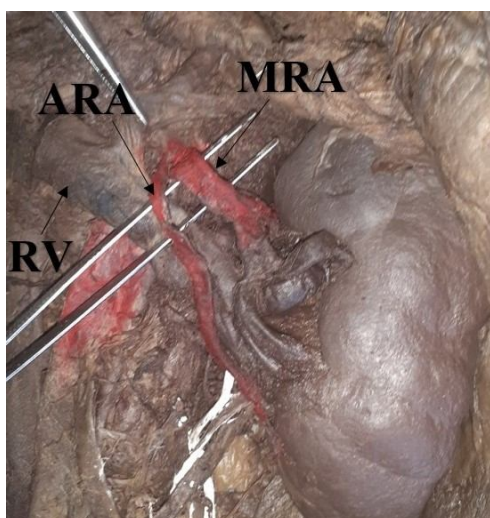
مؤلف مسئول: یوسف عباسی - اراک، سردشت، میدان بسیج، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم (ص)، دانشکده پزشکی

1. استادیار، گروه علوم تشریحی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

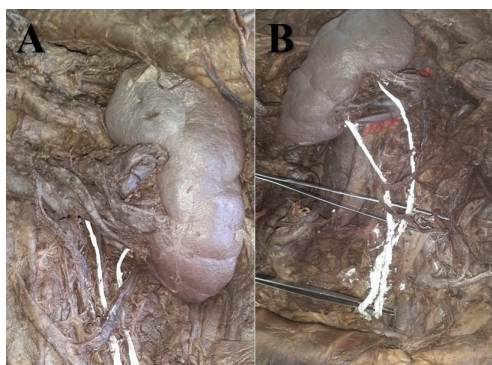
2. استادیار، گروه علوم تشریحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: 1402/2/10 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1402/2/17 تاریخ تصویب: 1402/3/28

هم‌چنین از محل آنورت شکمی علاوه بر شریان کلیوی اصلی با شاخه‌های سگمنتال متعدد، یک شریان کلیوی فرعی نیز وارد بخش تحتانی ناف کلیه چپ شده بود. در ضمن ناف کلیه گستره وسیع‌تر و تعداد عروقی بیش‌تری نسبت به شکل طبیعی ناف کلیه داشت (تصویر شماره 2). حالب‌های دو گانه ناقص در کلیه سمت چپ، رنگ آمیزی و مطالعه شد. هر دو حالب به موازت هم از بالا و پایین ناف کلیه چپ به سمت پایین امتداد پیدا کرده بودند (تصویر شماره 3).



تصویر شماره 2: شریان فرعی کلیه سمت چپ (ARA) منشعب از آنورت شکمی مجاور محل انشعاب شریان کلیوی اصلی (ARA) ورید کلیوی (RV)



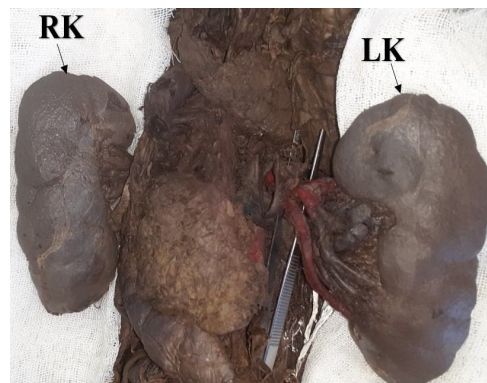
تصویر شماره 3: کلیه چپ و محل انشعاب حالب دو گانه (DU) از بالا و پایین ناف کلیه چپ. (A) سطح قدامی، (B) سطح خلفی کلیه چپ

در 26-30 درصد افراد مشاهده می‌شوند (3). لوبوله شدن کلیه در دوران جنینی ایجاد شده و در سال اول بعد از تولد ناپدید می‌گردد.

باقیمانده ساختار لوبوله کلیه ممکن است بعنوان یک ناهنجاری با درجات متفاوتی در افراد بالغ مشاهده شود (1). از ناهنجاری‌های دیگر سیستم ادراری، حالب دو گانه است که حاصل اختلال در تقسیم شدن جوانه حالب بوده و دارای شیوع 20-30 درصدی است (2). دوگانگی حالب ممکن است کامل یا ناقص باشد که نوع ناقص آن شایع‌تر می‌باشد (4). در طی جراحی‌های لاپاروسکوپی شکم احتمال آسیب به حالب دو گانه، بیش‌تر وجود دارد که نیازمند تشخیص به موقع است (5). ویژگی مهم مطالعه حاضر وجود و مشاهده چندین ناهنجاری مادرزادی سیستم ادراری شامل کلیه‌های لوبوله، حالب دو گانه یکطرفه و شریان‌های فرعی کلیه به صورت یکطرفه در یک جسد تشریح شده می‌باشد.

شرح مورد

جسد یک مرد حدوداً 60 ساله در تالار تشریح دانشگاه علوم پزشکی اراک تشریح شد. بعد از باز کردن دیواره قدامی شکم و برداشتن صفاق جدار، احشای شکم کنار زده شد و مشاهده شد که کلیه‌های راست و چپ نمای کاملاً لوبوله دارند (تصویر شماره 1).



تصویر شماره 1: ساختار لوبوله کلیه‌های راست (RK) و چپ (LK)

بحث

مطالعه حاضر به بررسی ناهنجاری های سیستم ادراری در یک جسد تشریح شده در تالار تشریح می پردازد. در طول دوران تکامل جنینی سه قسمت تشکیل دهنده سیستم کلیوی به ترتیب از ناحیه سر به دم شامل پرونفروس، مزونفروس و متانفروس می باشند. پرونفروس فاقد عملکرد بوده و در پایان هفته چهارم جنینی از بین می رود. مزونفروس دارای ساختار نفرونی کامل است که به داخل مجاری مزونفروس (ولفی) تخلیه می گردد. مجاری ولفی در جهت دمی رشد کرده و به دیواره عقبی سینوس ادراری- تناسلی وارد می شوند. تا هفته چهارم جنینی یک جفت جوانه حالب از بخش انتهایی مجاری مزونفریک مشتق می گردند (6). جوانه های حالب طویل شده و به داخل بافت متانفریک نفوذ می کنند. این جوانه ها متعاقباً متسع شده و تشکیل لگنچه کلیوی را می دهد که به کالیس های کوچک و بزرگ تقسیم می شوند (2). هر کلیه شامل دو بخش جمع کننده و واحدهای دفعی (نفرون ها) می باشد، که به ترتیب توسط جوانه حالب و بافت متانفریک ایجاد می گردد (7). ناهنجاری های سیستم ادراری از ابتدای تولد ظاهر می شود و میزان شیوع کلی آن متفاوت و از 10 تا 30 درصد گزارش شده است (8). بخشی از این ناهنجاری ها به دلیل فاکتورهای ژنتیکی (20-15 درصد)، محیطی (12-8 درصد)، فاکتورهای وراثتی چندگانه (25 درصد) و علل ناشناخته (60-40 درصد) ایجاد می شوند (9، 10). لوبوله شدن کلیه ها در 18 هفتگی از دوران جنینی آشکار می گردد و تا سن 3 تا 5 سالگی باقی می ماند. بعد از سن 3 تا 5 سالگی ظاهر لوبوله قشر کلیه از بین می رود. در حدود 0/5 تا 4 درصد لوبولاسیون کلیه در افراد بالغ قابل رویت است (7، 11). در بررسی جسد تشریح شده در تالار تشریح دانشگاه علوم پزشکی اراک، لوبوله شدن دوطرفه کلیه ها مشاهده شد. لوبوله شدن کلیه در نتیجه بهم جوش خوردن نامتوازن لوبول ها ایجاد می گردد. در تصاویر توموگرافی کامپیوتری، معمولاً لوبوله شدن حد فاصل هرم های کلیوی وجود

دارد ولی اسکار جراحی بر روی هرم های کلیوی قابل مشاهده است. فرورفتگی های صاف منظم، بدون تغییر در ضخامت پارانشیم یا بدشکلی کالیس ها در کلیه لوبوله شده مشاهده می گردد.

More و همکارانش میزان لوبوله شدن کلیه را در سمت راست 5 درصد و در کلیه چپ 10 درصد گزارش کردند (12). پایدار ماندن لوبولاسیون کلیوی همانند دوران جنینی ممکن است سبب بروز اشتباهات تشخیصی در تصویربرداری گردیده و با ضایعاتی هم چون تومورها و یا کیست های کلیوی اشتباه گرفته شود (13).

از ناهنجاری های دیگر کلیه، شریان های فرعی کلیه است. در برخی از روش های کلینیکی، یافتن شریان های فرعی کلیه برای تنظیم فشارخون، پیوند کلیه و روش های مداخلات درون عروقی مانند آنژیوپلاستی و آمبولیزاسیون درمانی، مهم و حیاتی است (14، 15). شرایط پاتولوژیک عروق کلیوی ممکن است منجر به اختلال در عملکرد طبیعی کلیه شده و در نتیجه باعث عوارض و مرگ و میر قابل توجهی شود. در گزارش مورد حاضر، شریان کلیوی فرعی از محل انشعاب شریان کلیوی اصلی از آئورت منشعب شده و به قسمت تحتانی ناف کلیه چپ وارد شده بود. Özkan و همکارانش شریان های فرعی متعدد کلیوی را در 24 درصد افراد مشاهده کردند. در مطالعه آن ها شریان فرعی کلیوی به میزان 16 درصد در سمت راست، 13 درصد در سمت چپ و 5 درصد در هر دو سمت وجود داشت (16). در تکامل سیستم نفرونی کلیه، بخش rete arteriosum urogenitale یک شبکه عروقی جنینی می باشد که شریان های قطعه ای احشایی منشعب از آئورت شکمی به سمت قسمت فوقانی این شبکه وارد می گردند. پایداری و بقاء این عروق منجر به تنوع در شریان های کلیوی می گردد (15). چندین گزارش وجود دارد که نشان دهنده آن است که بین لوبوله شدن کلیه و ناهنجاری عروقی ارتباطی آشکار وجود دارد. مکانیسم دقیق این امر مشخص نیست اما با تغییرات همودینامیک کلیه مرتبط است. این تغییرات معمولاً در

خون ادراری، دردهای شکم و پهلوی در بالغین باشد که سبب ایجاد زمینه مساعد برای انسداد حالب، برگشت ادرار از مثانه به حالب و عفونت‌های سیستم ادراری گردد. وجود ناهنجاری حالب دو گانه احتمال آسیب به حالب در هنگام جراحی را افزایش می‌دهد (2). علاوه بر این موارد احتمال جای گذاری نابجای کاتترهای ادراری در حالب دو گانه وجود دارد، که نیازمند استفاده از روش‌های سی تی اسکن و سونوگرافی می‌باشد (21). گزارش این نوع ناهنجاری‌ها دارای ارزش و اهمیت بالایی است و باعث می‌گردد جراح به احتمالات بالای بروز این نوع ناهنجاری‌ها توجه داشته باشد.

ناهنجاری‌های مادرزادی سیستم ادراری (لوبوله شدن کلیه، حالب دو گانه، شریان‌های فرعی کلیه) بعد از تولد و حتی در سنین بالا ممکن است بدون علامت یا با علائم خون ادراری یا انسداد حالب تشخیص داده شود. آگاهی از واریاسیون‌های آناتومیکی کلیه و حالب در موارد جراحی‌های کلیه و مجاری ادراری و هم چنین پیوند کلیه از اهمیت بالایی برخوردار است. تشخیص زود هنگام این گونه واریاسیون‌ها، خطاهای احتمالی و آسیب‌های جراحی را کاهش داده و روند بهبود را تسهیل می‌نمایند.

سپاسگزاری

این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1401.349 ثبت گردیده است.

References

1. Choudhary U, Kumar S, Jee K, Singh A, Bharti P. A cadaveric study on anatomical variations of kidney and ureter in India. *Int J Res Med Sci* 2017; 5: 2358-2361.
 2. Arumugam S, Subbiah NK, Senthappan AM. Double ureter: incidence, types, and its applied significance—a cadaveric study. *Cureus* 2020; 12(4): e7760.
 3. Vijaianand M, Ramamurthi KS. A cadaveric study on accessory renal arteries and its clinical implications. *Int J Anat Res* 2017; 5(1): 3439-3442.
 4. Fernbach SK, Feinstein KA, Spencer K, Lindstrom CA. Ureteral duplication and its complications. *Radiographics* 1997; 17(1): 109-127.
- شرایط پاتولوژیکی، بیش تر مشهود است (17، 18). از موارد دیگر ناهنجاری‌های سیستم ادراری تقسیم زود هنگام جوانه حالب است که منجر به ایجاد حالب دو گانه به صورت ناقص یا کامل می‌گردد (19). براساس گزارش Kulkarni و همکاران میزان بروز حالب دو گانه در نژاد قفقازی 0/5 تا 3 درصد است و در زنان 2-5 برابر مردان می‌باشد (15). در گزارش مورد حاضر، دو حالب از بخش فوقانی و تحتانی ناف کلیه چپ منشأ گرفته و به موازات هم به سمت مثانه طی مسیر کرده‌اند. در موارد نادر یکی از حالب‌ها به داخل مثانه و حالب دیگر ممکن است به داخل واژن، پیشابراه و دهلیز واژن وارد گردد. دو جوانه حالب (سری و دمی) از مجرای مزونفریک منشأ می‌گیرد و به داخل بافت متانفریک وارد می‌شود. القاء سیگنال جوانه حالب منجر به تشکیل قطب فوقانی و تحتانی کلیه همراه با لگنچه و حالب مختص به خود می‌گردد (19). حالب دو گانه ناقص در فواصل مختلفی از کلیه ممکن است به هم متصل شده و فقط یک ورودی به مثانه داشته باشند (20). حالب‌های دو گانه یک طرفه به میزان 4 برابر، بیش تر از حالب‌های دو گانه دو طرفه است (19). مطابق با مطالعه حاضر، دو گانگی ناقص حالب دارای شیوع بالاتری می‌باشد (2). دو گانگی کامل حالب منجر به مشکلات مختلفی از قبیل انسداد در محل اتصال حالبی لگنچه‌ای در قطب تحتانی کلیه، محل باز شدن نابجای حالب و برگشت ادرار از مثانه به حالب می‌گردد (19). حالب دو گانه ممکن است فاقد علامت و یا همراه با

5. Neuman M, Eidelman A, Langer R, Golan A, Bukovsky I, Caspi E. Iatrogenic injuries to the ureter during gynecologic and obstetric operations. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 173(4): 268-272.
6. Tahmasebi F, Barati S, Mazaheri Z. Case Report: Unilateral Incompletely Duplicated Ureter without any Accessory Renal Artery. *Anatomical Sciences Journal* 2015; 12(3): 141-144.
7. D'Sa DS, Vasudha TK, Rao KA. Genetic and Embryological Basis with Clinical Implications of Lobulated Kidney: A Cadaveric Study 2022; 10(3): 695-699.
8. Barakat AJ, Drougas JG. Occurrence of congenital abnormalities of kidney and urinary tract in 13,775 autopsies. *Urology* 1991; 38(4): 347-350.
9. Nelson K, Holmes LB. Malformations due to presumed spontaneous mutations in newborn infants. *N England J Med* 1989; 320(1): 19-23.
10. Shambharkar SB, Borate S, Gangane S. A human cadaveric study on incidence and morphology of anatomical variations of kidney and ureter with emphasis on its embryological, genetic and clinical significance. *Int J Anat Res* 2018; 6(4.2): 5892-5810.
11. Lorenz EC, Vrtiska TJ, Lieske JC, Dillon JJ, Stegall MD, Li X, et al. Prevalence of renal artery and kidney abnormalities by computed tomography among healthy adults. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5(3): 431-438.
12. More MS, Togale MD, Dixit D, Desai S. A morphometric study of human adult cadaveric kidneys. *MedPulse-International Medical Journal* 2015; 2(6): 355-358.
13. Ritz B, Nestor N, Ruiz K, Aldawood A, Zdilla M, Klinkhachorn P. Persistent Fetal Kidney Lobulation: Anatomy and Pathology. *The FASEB Journal* 2019; 33(S1): 616.6.
14. Kasat PA, Bhosale YJ, Muthiyan GG. A cadaveric study of variations in the urological system. *Int J Anat Res* 2018; 6(3.3): 5686-5694.
15. Kulkarni V, Ramesh BR, Prakash BS. Bilateral bifid ureter with accessory renal artery: a case report. *Int J Bas Med Sci* 2012; 3: 67-70.
16. Özkan U, Oguzkurt L, Tercan F, Kizilkilic O, Koç Z, Koca N. Renal artery origins and variations: angiographic evaluation of 855 consecutive patients. *Diagnostic and Interventional Radiology* 2006; 12: 138-186.
17. Covaņev S, Mazuruc N, Belic O. Renal Arteries: A morphological and angiographic assessment. *Online J Health Allied Sci* 2018; 17(2): 9.
18. Covaņev S, Mazuruc N, Belic O. Renal veins: developmental variations and clinical significance. *Online J Health Allied Sci* 2017; 16(4): 12.
19. Mortazavi F, Salimnejad R, Asghari R, Eyvazi M, Mortazavi F, Menshari S, et al. What Happens in the Formation of Ureteral Duplication? A Case Report and Brief Literature Review. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences* 2019; 6(3): 414-417.
20. Siomou E, Papadopoulou F, Kollios KD, Photopoulos A, Evagelidou E, Androulakakis P, et al. Duplex collecting system diagnosed during the first 6 years of life after a first urinary tract infection: a study of 63 children. *J Urol* 2006; 175(2): 678-681.
21. Danaie M, Nezameslami A, Mishan M, Mehdikhani B, Mansouri Z. Misplaced Urinary Catheter in the Ectopic Ureter in a Female With Previously Undiagnosed Duplex Ureter: A Rare Case. *Cureus* 2022; 14(11): e31139.