Archive of SID

گزارش مورد

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره پانزدهم شماره ۴۹ آذر و دی سال ۱۳۸۴ (۱۲۰-۱۱۸)

گزارشی از یک موردکاتتر به‌جای مانده ژوگولار طولانی مدت بدون عارضه

ام‌البنین تازیکی (M.D.)*+ محبوب لسان پزشکی (M.D.)**

چکیده

در این گزارش بیماری معرفی می شود که با تشخیص نارسایی مزمن پیشرفته کلیه (به‌علت کلیه پلی کیستیک) برای او همودیالیز بعد از جای‌گذاری کاتتر ژوگولار، شروع شد. اما بیمار جهت خروج کاتتر مراجعه نکرده و به‌مدت یک‌سال با کاتتر ژوگولار دیالیز می‌شد و عارضه‌ای نیز مشاهده نشد. بیمار پس از یک‌سال با تب مراجعه و علائمی از عفونت کاتتر (شایع‌ترین 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

جهت انجام همودیالیز حادبه منظور برقراری جریان خون مناسب، به کاتترهای دو لوله‌ای (double lumen) نیاز می‌باشد. بهترین متد برای دسترسی به عروق در همودیالیز حاد کاتتر های دولوله ای بدون CUFFE و بدون TUNNEL می‌باشد زیرا بعد از جای‌گذاری سریعا قابل استفاده است و درکوتاه مدت مشکل خاصی ندارد. طول مدت استفاده از این کاتترها حداکثر ۳-۲ هفته می‌باشد(۲و۱). این کاتترها از پلیمرهایی ساخته شده‌اند که در هوای اتاق سخت و بدون انعطاف هستند تا جای‌گذاری انها راحت‌تر بوده و در درجه حرارت بدن نرم‌تر می‌شوند تا احتمال اسیب به عروق کم‌تر شود.

کاتترهای دولوله ای همراه با CUFFE را مدت طولانی‌تری می‌توان استفاده کرد جهت جای‌گذاری این کاتترها در زیرپوست TUNNEL ایجادمی‌شود تا احتمال 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(۲و۱). عوارض این کاتترها شامل عفونت، ترومبوز و پیچ خوردگی می‌باشد. ولی شایع ترین عارضه ای که منجر به خروج کاتترهای موقت می‌شود عفونت است. ریسک عفونت در هفته چهارم بعد از جای‌گذاری کاتتر ۱۰/۳درصد گزارش شده است(۶و۴). ریسک عفونت در کاتترهای همراه با CUFFE و TUNNEL کم‌تراست(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 عارضه‌ای ایجاد نکرد. در بررسی های متعدد انجام شده تاکنون چنین موردی گزارش نشده است.

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

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

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-06]

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

**فوق تخصص کلیه، عضو هیئت علمی (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی تهران
E تاریخ دریافت :۱۳۸۳/۱۰/۱۳ تاریخ تصویب : ۱۳۸٤/٤/۱۱

معرفی بیمار

بیمار مردی ٤٥ ساله مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه (END STAGE RENAL DIS) ناشی از کلیه پلی‌کیستیک بوده‌که از یک‌سال قبل برای بیمار با استفاده ازکاتتر ژوگولار دولوله‌ای بدون CUFFE دیالیز شروع شد و توصیه شد جهت انجام فیستول گذاری (AVF) به جراح عروق مراجعه کند وبه مرکز دیالیز دیگری معرفی شد. اما بیمار مراجعه نکرده واز یک سال قبل دیالیز بیمار با کاتتر انجام می شد. علت مراجعه بیمار تب ولرز و درد شکم بود. تب بیمار از یک‌ماه قبل از مراجعه شروع شده و درهنگام دیالیز لرز نداشته وکاهش وزن شدید را ذکر می‌کرد. در معاینه بیمار رنگ پریده، شدیدا کاشکتیک بوده و لنفادنوپاتی محیطی نداشت. در معاینه گردن، محل خروج کاتتر ژوگولار سمت راست کاملا تمیز بود، اریتم و ترشح نداشت وکاملا TUNNEL تشکیل شده بود. شکم در معاینه به صورت نا متقارن 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 به‌جز اینکه نوک کاتتر در دهلیز راست قابل رویت بود. اکوکاردیوگرافی از نظر آندوکاردیت عفونی انجام شد که وژتاسیون 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 میکروسیتر مشاهده شد. کشت خون، ادرار، لومن و انتهای کاتتر منفی گزارش شد. در سونوگرافی توده‌های متعدد کیستیک که بعضی از آنها غیر هموژن بودند در هر دو کلیه مشاهده شد .

با تشخیص‌های احتمالی تومور کلیه (Renal Cell Carcinoma)،عفونت کیست یا خونریزی داخلی‌کیست برای بیمار سی‌تی‌اسکن انجام شده و بیمار آنتی بیوتیک وسیع الطیف دریافت کرد ولی با وجود درمان با آنتی بیوتیک، تب هم‌چنان ادامه داشت. به‌علت عدم پاسخ به درمان، برای بیمار مشاوره جراحی صورت گرفت. نفروکتومی دوطرفه انجام شد ودر پاتولوژی کارسینوم سلول کلیه (Renal Cell Carcinoma) گزارش شد.

RCC شایع‌ترین تومور کلیه می باشد که در افراد مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شیوع آن ۲/٦-۱ درصد، در بیماران دیالیزی ریسک آن ۳۰ برابر افراد جامعه (۱۰و۳) و نسبت آن در زن به مرد ۷ به ۱ می‌باشد. هر چه طول مدت دیالیز بیش‌تر و اندازه کیست ها بزرگ‌تر 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 بی‌حالی می‌باشد(۱۰).

بحث

شایع‌ترین علت خروج کاتتر دربیماران همودیالیزی عفونت است. عفونت طول مدت استفاده از این کاتترها را محدود می‌کند. در کاتترهای دولوله ای بدون CUFFE و بدون TUNNEL زیرپوستی ریسک عفونت بیش‌تر بوده وبه ازای هر هفته که از جای‌گذاری کاتتر می‌گذرد ریسک عفونت به‌صورت لگاریتمی افزایش می‌یابد(٦و٤). کاتترهای بدون CUFFE گذاشته شده

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-06]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

در ورید ژوگولار داخلی برای ۳-۲ هفته قابل استفاده می‌باشند(٤و٣).

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 باکتریمی تظاهر می‌کند و در هر دو مورد کاتتر باید فورا خارج شود(٤) در حالی‌که در بیمار فوق حتی محل خروج کاتتر هم علائمی از عفونت نداشت و کشت از مجرای کاتتر و نوک کاتتر هر دو منفی بوده که با توجه به شیوع نسبتا زیاد عفونت در این کاتترها ، این مورد نادر می‌باشد.

باکتریمی ناشی از آلودگی لومن کاتتر یا ورود باکتری‌ها از پوست اطراف کاتتر میباشد(٤). فلورای نرمال پوست (استافیلوکوک و استرپتوکوک) عامل بیش‌تر این عفونت ها بوده و میزان عفونت بستگی به محل کاتتر دارد. ریسک عفونت در کاتترهای فمورال بیش‌تر از ژوگولار وساب‌کلاوین می‌باشد(٦و٤) به‌طوری که ریسک عفونت در کاتتر ژوگولار بعد از هفته چهارم به ترتیب ۱/۷، ٤/٦ ، ٥/٤ و۱۰/۳ درصد (٤و٦) و در کاتتر TUNNEL CUFFE ۱/۷ در هزار کاتتر در روز است(۹).استفاده از پمادموپیروسین درمحل خروج کاتتر میزان عفونت پوست اطراف کاتتر و هم‌چنین باکتریمی را کاهش می‌دهد(۷).

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 Prospetive 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-06]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

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. nenal cell carcinoma in aquired cystic kidney dis . ***Am J kid dis*** 1995; 26: 1.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-02-06]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com