

## ارتباط سن، جنس و موقعیت آناتومیک کلیه اهداکنندگان با میزان بقای گرافت در گیرندگان پیوند دکتر آرمین ایران پور<sup>۱</sup>، دکتر زهرا داداشی عین شیخ<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه اورولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران  
<sup>۲</sup> پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

### چکیده

**سابقه و هدف:** پیوند کلیه روش درمانی انتخابی و موثرترین استراتژی درمانی در بیماران مبتلا به ESRD می باشد. هدف از این بررسی تعیین اختلاف نتیجه پیوند کلیه در گیرندگان پیوند از اهداکنندگان زن و مرد، کلیه چپ و راست و سن بیشتر و کمتر از ۲۸ سال بود. **روش بررسی:** ۱۲۹ بیمار که در فاصله زمانی سالهای ۸۲-۱۳۷۷ در بیمارستان شهید مدرس تهران تحت پیوند کلیه قرار گرفته بودند، در این مطالعه *historical cohort* وارد شدند. نمونه گیری به روش غیراحتمالی انجام گرفت. معیار بررسی، میزان کراتینین یک سال پس از پیوند بیماران بود. همچنین متغیرهای رد پیوند، مرگ، ترانسفیوژن و فشارخون قبل و بعد از پیوند نیز مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته ها:** پیوند در ۷۹/۸٪ موارد موفقیت آمیز بود. کاهش فشار خون پس از پیوند و ترانسفیوژن از اهداکنندگان زن و مرد، کلیه چپ و راست و سن بیشتر و کمتر از ۲۸ سال نتایج یکسانی در برداشت. حداقل موارد رد پیوند در گروه دهنده مرد به گیرنده زن و حداقل مرگ در گروه دهنده زن به گیرنده زن گزارش شد. نتیجه اصلی پیوند که همان کراتینین بیمار می باشد در گیرندگان کلیه از اهداکنندگان بیشتر و کمتر از ۲۸ سال نتیجه ای مشابه ولی در گیرندگان کلیه چپ و کلیه زن زودتر ظاهر شده که البته پس از یک ماه و یک سال نتیجه ای مشابه به همراه داشت.

**نتیجه گیری:** پیگیری افت فشار خون پس از پیوند در فاصله زمانی گسترده تر و پیشرفت روند اهدای کلیه از دهنده با مرگ مغزی از جمله مواردیست که در بهبود شرایط پیوند کمک کننده خواهد بود.

**واژگان کلیدی:** موقعیت آناتومیک کلیه، پیوند کلیه، رد پیوند.

### مقدمه

امروزه با بالا رفتن سن متوسط جمعیت جهان، تعداد موارد بیماران مبتلا به ESRD افزایش یافته است (۳). در نتیجه درخواست برای کلیه پیوندی بیشتر شده است که بخشی از این مسأله به دلیل افزایش بیمارانی می باشد که به مرحله ESRD می رسند و بخش دیگر به علت بهبود نتایج بالینی عمل پیوند و روشهای درمان طبی است. این در حالی است که منابع موجود جهت پیوند محدود می باشند (۴). ناگزیر باید شبهاتی را که در گذشته درباره غیر قابل استفاده بودن گروهی از کلیه های موجود برای پیوند وجود داشته است، برطرف نمود. به عنوان مثال پیش از عمل پیوند کلیه، فرد گیرنده سوالاتی درباره کلیه دریافتی دارد از جمله: آیا سن (۵)، جنس (۶) و موقعیت آناتومیک کلیه (۷) اهداکننده در عملکرد بهتر

بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیوی (End stage renal disease=ESRD) با مشکلات زیادی در رابطه با بیماری خود و نحوه درمان آن درگیر می باشند. پیوند کلیه روش درمانی انتخابی و موثرترین استراتژی درمانی در بیماران مبتلا به ESRD می باشد (۱) بطوریکه موجب بهبود کیفیت زندگی آنها شده و اغلب بیماران می توانند به زندگی عادی خود بازگردند (۲).

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی، گروه اورولوژی،

دکتر آرمین ایران پور (email: driranpour@gabab.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۳/۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۶/۱۰

افراد اهداکننده ۵۱/۷٪ در گروه سنی کمتر از ۲۸ سال و ۴۸/۳٪ در گروه سنی بیشتر از ۲۸ سال قرار داشتند. اهداکنندگان در ۶۱/۲٪ موارد کلیه چپ و در ۳۸/۸٪ موارد کلیه راست خود را اهدا نموده بودند.

شایعترین علت نارسایی کلیه در گیرندگان پیوند نامشخص بود (۵۴/۳٪) و در موارد مشخص شایعترین علت پرفشاری خون عنوان شده بود.

مقادیر کراتینین قبل از پیوند، دو روز، یک ماه و یک سال پس از پیوند، بر حسب سن، جنس و موقعیت آناتومیک کلیه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی سطح کراتینین (mg/dl) در مقاطع زمانی مختلف در گیرندگان پیوند کلیه\*

گیرندگان کلیه از اهداکنندگان	زمان بررسی		
	قبل از پیوند	۲ روز پس از	۱ ماه پس از
مرد	۱۰/۴±۳/۵	۲/۲±۱/۶	۲/۰±۲/۳
زن	۹/۹±۴/۶	۱/۷±۰/۵	۱/۹±۱/۸
کلیه چپ	۱۰/۲±۴/۴	۱/۷±۰/۹	۱/۹±۰/۶
کلیه راست	۱۰/۸±۳/۸	۲/۳±۲/۱	۲/۱±۰/۳
<۲۸ سال	۱۰/۷±۴/۱	۲/۲±۲/۱	۲/۲±۲/۷
≥۲۸ سال	۱۰/۰±۴/۰	۲/۰±۱/۷	۱/۸±۱/۵

\* اعداد به صورت میانگین ± انحراف معیار آورده شده است. اعداد داخل پرانتز معرف مقادیر حداکثر و حداقل می باشند.

پرفشاری خون در ۶۶/۷٪ گیرندگان پیوند و در ۶۵/۱٪ موارد پس از پیوند گزارش شد. ۷/۸٪ از گیرندگان پیوند به دریافت خون نیاز داشتند. از نظر آماری شیوع پرفشاری خون بعد از پیوند، دریافت خون حین و بلافاصله پس از پیوند در گیرندگان کلیه راست یا چپ، زن یا مرد و افراد کمتر یا بیشتر از ۲۸ سال اختلاف معنی داری وجود نداشت. پیوند در ۷۹/۸٪ موارد موفقیت آمیز بود.

از نظر آماری در میزان کراتینین قبل از پیوند کلیه، ۱ ماه و ۱ سال پس از پیوند در موارد کل و همچنین در موارد پیوند موفقیت آمیز میان گیرندگان کلیه از اهداکنندگان کلیه چپ یا راست، افراد کمتر یا بیشتر از ۲۸ سال و جنس مرد یا زن

کلیه پیوندی موثر می باشد یا خیر؟ از سوی دیگر این پرسشها می تواند پایه و اساس علمی داشته باشد چرا که به نظر می رسد احتمال رد پیوند کلیه از یک دهنده زن بیشتر باشد زیرا زنان توده نفرونی کوچکتری دارند (۸). همچنین اینطور استنباط می گردد که کلیه چپ فرد اهداکننده در مقایسه با کلیه راست از شرایط بهتری جهت پیوند برخوردار می باشد و جراحان پیوند کلیه ترجیح می دهند که بعلت طولانی تر بودن ورید کلیه چپ در مقایسه با کلیه راست از کلیه چپ برای انجام عمل پیوند استفاده کنند (۹-۱۳). در اهداکنندگان مرده سن مناسب جهت استفاده از کلیه برای عمل پیوند بین ۶ تا ۴۲ سال تعیین شده است که شاید به علت عدم تناسب کلیه های افراد کم سن، کوچک بودن بخشهای آناتومیک آنها و احتمال مشکلات تکنیکی باشد (۱۴). در ضمن این امکان وجود دارد که کاهش عملکرد نفرونی در افراد مسن میزان بقای پیوند را کاهش دهد (۱۵).

هدف از این مطالعه تعیین اختلاف نتیجه پیوند کلیه در گیرنده های پیوند از کلیه های اهدایی زن و مرد، سن کمتر و بیشتر از ۲۸ سال و کلیه چپ و راست می باشد. ارزیابی نتیجه پیوند بر اساس میزان کراتینین گیرنده های کلیه صورت گرفت.

## مواد و روشها

در این مطالعه که به صورت historical cohort طراحی شده بود ۲۰۸ بیمار که در فاصله سالهای ۸۲-۱۳۷۷ در بیمارستان شهید مدرس تهران تحت پیوند کلیه قرار گرفته بودند، وارد شدند. نمونه گیری به روش غیراحتمالی انجام گرفت. در نهایت به علت عدم دسترسی به بیماران پیوندی یا عدم پیگیری آنها، ۷۹ نفر از مطالعه خارج شدند و حجم نمونه ۱۲۹ نفر شد. متغیرهای رد پیوند، مرگ، دریافت خون حین عمل و بلافاصله پس از آن و فشار خون قبل و بعد از پیوند در گیرنده های کلیه از اهداکنندگان زن و مرد، سن کمتر و بیشتر از ۲۸ سال و کلیه چپ و راست به تفکیک مورد بررسی قرار گرفت. نحوه جمع آوری اطلاعات از طریق فرم اطلاعاتی و مراجعه به اطلاعات موجود در پرونده بیماران بستری و تماس مستقیم با بیماران بود.

## یافته ها

اهداکنندگان کلیه ۸۲/۲٪ مرد و ۱۷/۸٪ زن و گیرندگان کلیه ۶۵/۱٪ مرد و ۳۴/۹٪ زن بودند. میانگین سن اهداکنندگان ۲۷/۸ سال و میانگین سن گیرندگان ۳۹/۲ سال بود. در بین

سرریزتر اتفاق افتاده بود. شاید بتوان این طور توجیه نمود که علت کاهش دیرتر کراتینین در گیرندگان کلیه راست بروز ترومبوز موقت در ورید کلیه‌های راست باشد که این امر بعلت کوتاهتر بودن ورید کلیه راست است. این یافته با سایر مطالعات صورت گرفته مطابقت دارد (۱۸،۱۷).

در گیرندگان کلیه اهدایی از افراد مونث، کاهش کراتینین سرریزتر اتفاق افتاد. شاید بتوان این امر را به اثرات جنسیت بر عملکرد پیوند نسبت داد. این یافته با اکثر مطالعات انجام شده در اروپا و امریکا همخوانی نداشته ولی با مطالعه‌ای که در کره- جنوبی صورت گرفت، تطابق داشت (۱۹).

شایعترین علت مرگ در گیرندگان پیوند سپسیس بود، در صورتی که در آمار جهانی شایعترین علت مرگ پس از پیوند کلیه علل قلبی، سپسیس و استروک گزارش شده است (۳).

در مجموع، بیشترین موفقیت پیوند در مجموعه گیرندگان پیوند از اهداکننده مرد، کلیه چپ و سن کمتر از ۲۸ سال گزارش شد.

بررسی پرفشاری خون بیماران و افت آن پس از انجام موفقیت‌آمیز پیوند نیاز به پیگیری طولانی‌تری داشته و قضاوت در مورد درمان پرفشاری خون در بیماران پس از یک سال کمی زود به نظر می‌رسد که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی بررسی جامعتری صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

سپاس فراوان از استاد بزرگوار جناب آقای دکتر مجید علی عسگری و خانم دکتر سارا یارمند و خانم دکتر الهام نائمی که حمایت‌های ایشان موجب انجام این مهم گردید.

اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (NS). همچنین در میزان کراتینین ۲ روز پس از پیوند کلیه از اهداکنندگان کمتر یا افراد بیشتر از ۲۸ سال اختلاف معنی‌داری گزارش نشد. حال آنکه در گیرندگان پیوند از اهداکنندگان کلیه چپ یا راست و جنس زن یا مرد تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ( $p < 0.05$ ). به این صورت که در گیرندگان کلیه چپ و همچنین در گیرندگان کلیه از افراد مونث، در ۲ روز بعد از عمل نسبت به گیرندگان کلیه راست و گیرندگان کلیه از افراد مذکر کاهش کراتینین سرریزتر اتفاق افتاده بود.

در ۱۶/۳٪ گیرندگان رد پیوند و در ۹/۳٪ گیرندگان مرگ حادث شده بود. از نظر میزان رد پیوند و مرگ تفاوتی در گیرندگان پیوند از اهداکنندگان مختلف گزارش نشد. حداقل رد پیوند در گروه مرد به زن و حداکثر آن در گروه زن به مرد، حداقل مرگ در گروه زن به زن و حداکثر آن در گروه مرد به زن بود.

### بحث

در اکثریت بیماران تحت مطالعه علت نارسایی کلیه ناشناخته بود. در موارد شناخته شده، شایعترین علت پرفشاری خون بود. این در حالیست که بر اساس آمار جهانی شایعترین علت این نارسایی دیابت ملتیوس، پرفشاری خون، گلوکونفریت مزمن و کلیه پلی کیستیک عنوان شده است (۱۶) که از این نظر مطالعه حاضر مغایر با آمار جهانی است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج دیگر مطالعات در دنیا مطابقت دارد. این مطلب در مورد میزان کراتینین ۲ روز پس از پیوند در گیرندگان کلیه از اهداکنندگان با سن کمتر و بیشتر از ۲۸ سال نیز صادق می‌باشد ولی در گیرندگان کلیه چپ در ۲ روز اول بعد از عمل پیوند کلیه نسبت به گیرندگان کلیه راست، کاهش کراتینین

## REFERENCES

1. Evans RW, Kitzmann PJ. An economic analysis of kidney transplantation. *Surg Clin North Am* 1998;78:149.
2. Dew MA, Switzer GE, Goycoolea JM. Does transplantation produce quality of life benefits? An analysis of the literature. *Transplantation* 1997;64:1261-5.
3. U.S Renal data system: USRDS 2000 Annual Data Report. Atlas of end-stage renal disease in the United States, National Institutes of Health, National Institutes of Diabetes and Digestive and kidney Disease. Bethesda, 2000.
4. Wolfe RA, Ashley VB, Milford EL, Ojo AD, Ettenger RE, Agodoa L, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis patients on dialysis awaiting transplantation and recipient of a first cadaveric transplantation. *N Eng J Med* 1999;341:1725-30.
5. Preuschhof L, Lobo C, Derman G. Role of cold ischemia time and vascular rejection in renal graft from elderly donors. *Transplant Proc* 1991;23:1300-4.
6. Moosa MR. Impact of age, gender and race on patient and graft survival following renal transplantation developing country experience. *South Afr Med J* 2003;93(9):689-95.

7. Murray JE, Harrison JH. Surgical management of 50 patients with kidney transplants including 18 pairs twins. *Am J Surg* 1963;105:205.
8. Morris PJ, editor. *Kidney transplantation; Principles and practice*. 2001;p:700.
9. Ratner LE, Ciseck LJ, Moore RG, Cigarroa FG, Kaufman HS, Kavoussi LR. Laparoscopic live donor nephrectomy. *Transplantation* 1995;60:1047-9.
10. Flowers JL, Jacobs S, Cho E, Morton A, Rosenberger WF, Evans D, et al. Comparison of open and laparoscopic live donor nephrectomy. *Ann Surg* 1997;226(4):483-90.
11. Ranter LE, Montgomery RA, Kavossi LR. Laparoscopic live donor nephrectomy; the four year Johns Hopkins university experience. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:2090-3.
12. Odland MD, Ney AL, Jacobs DM, Larkin JA, Steffens EK, Kraatz JJ, et al. Initial experience with laparoscopic live donor nephrectomy. *Surgery* 1999;126(4):603-7.
13. Buell JF, Alverdy J, Newell KA, Yoshida A, Limsrichamren S, Woodle ES, et al. Hand-assisted laparoscopic live donor nephrectomy. *J Am Coll Surg* 2001;192:132-6.
14. Walsh PC, Retic Abstract., editors. *Campbell's urology*. 8<sup>th</sup> edition. Philadelphia, WB Saunders, 2002.
15. Brenner BM, Cohen RA, Milford EL. Renal transplantation, one size may not fit all. *J Am Soc Nephrol* 1992;3:162.
16. Cecka JU. The UNOS scientific renal transplant registry. In: Cecka JU, Terasaki PI, editors. *Clinical Transplants*. Los Angeles, UCLA Immunogenetics Center, 2000;p:12.
17. Buell JF, Edey M, Johnson M, Li C, Koffron A, Cho E, et al. Are concerns over right laparoscopic donor nephrectomy unwarranted? *Ann Surg* 2001;233:645-51.
18. Merlin TL, Scott DF, Rao MM, Wall DR, Francis DM, Bridgewater FH, et al. The safety and efficacy of laparoscopic live donor nephrectomy : A systematic review. *Transplantation* 2000;70(12):1659-67.
19. Kim SJ, Kim JH, Shin GH, Kim HS. Influence of donor and recipient gender on early graft function after living donor kidney. *Transplantation* 2004;2015-7.