

نفریت های انترستیسیل مزمن (۱)

از پاریس

سرویس پروفسور هامبورژ (۲)

نگارش

کتر محمدعلی نیکخو

رئیس درمانگاه بخش پزشکی ۱ بیمارستان پهلوی

همانطور که از عنوان استنباط میشود نفریت های بیماری بخوبی شناخته شد و بالاخره نکته بسیار مهم .
نفریت های انترستیسیل مزمن ۱۰ تا ۱۵ درصد نفریت های مزمن را تشکیل میدهند و اهمیت تشخیصی آن امکان درمان آنست .

علائم بیماری - بیماری باشکال مختلف بروز میکند .

در اغلب موارد تابلوی بالینی نفریت انترستیسیل عبارت است از یک نارسائی کلیوی خفیف با تمام علائم خود توام و یا بدون ازدیاد فشار خون که با یک مشی خفیف و تدریجی پیش میرود بطوریکه در یک نظر سطحی آنرا از گلومرولونفریت مزمن معمولی (بیماری برایت) (۷) نمیتوان تمیز داد گاهی تنها یک اورمی خالص و پیشرونده تابلوی بیماری را تشکیل میدهد .

نفریت های گلومرولی (۳) در اثر یک کانون عفونی در یک نقطه دور دست و بطور غیر مستقیم و بدون دخالت میکرب تظاهراتی التهابی در کلیه هستند ولی نفریت های انترستیسیل پدیده های التهابی ناشی از تأثیر خود میکرب در نسخ کلیه میباشد .

برای اولین بار در سال ۱۹۱۲ لوهلن در آلمان و سالیمینی (۵) در فرانسه باین بیماری پی بردن و لی از سال ۱۹۲۳ که ابرلین (۶) آسیب شناسی آنرا شرح داد و چگونگی برقراری آنرا در کلیه توصیف

1-Nephrites interstitielles chroniques ou ascendantes 2-Service de Prof. HAMBURGER-Paris 3-Nephropathies glomerulaires 4-Lohlein 5-Salimbeni 6-Oberling 7-Maladie de Bright

بعضی مواقع بیمار فقط از آلبومین اوری(۸) یا هماتوری (۹) و یا از دیگر فشار خون شکایت دارد بالاخره گاهی نفریت انترستیسیل بصورت سندرم نفروزی (۱۰) با آلبومین اوری زیاد و خیز فراوان تظاهر میکند.

در مقابل چه علائمی باید به نفریت انترستیسیل فکر نمود؟

در برابر یک تابلوی نفروپاتی مزمن به رشکل که باشد سه علامت ذیل همیشه نظر طبیب را بوجود نفریت انترستیسیل معطوف خواهد ساخت لوكوسیت اوری آسیدوز همراه هیپرکلرمی (۱۲) وبالاخره سوابق ناراحتی های ادراری (۱۳)

- ۱- لوكوسیت اوری - گاهی در ادرار چرک وجود دارد و میکرب را به سهولت میتوان پیدا نمود و عفونت ادراری کاملاً روشن است ولی چنین تابلویی همیشه وجود ندارد و از شمارش عناصر موجود در ادرار (۱۴) برای تشخیص بیماری کمک گرفته میشود.

در روشنی که پرسور هامبورژ و همکاران او انتخاب نموده‌اند عبارت از آسیدوز عناصر موجود در ادرار (منظور گلبول سفید و گلبول قرمز) در سه ساعت اولیه صبح بوده که بعد تعداد آنرا در دقیقه حساب میکنند (بیمار باید در حال استراحت باشد).

در حال سلامت شمارش عناصر

8-Albuminurie 9-Hematurie 10-Syndrome nephrotique

11-Leucocyturie 12-Acidose Hyperchlémique 13-Antécédents urologiques
14-Numération des éléments figurés

ادراری در سوابق یک بیمژ مبتلا به نفروپاتی مزمن یک قاعده کلی و اساسی بوده و طبیب موظف است که با منتهای دقت و حوصله وجود علائم ذیل را از بیمار پرسش نماید.

حملات دردناک کلیوی (۱۷) درد و ناراحتی در موقع ادرار کردن علائم تورم مثانه مخصوصاً تکرار ادرار وجود خون یا چرك در ادرار درد درناحیه کلیه در موقع ادرار کردن (بهترین علامت برگشت ادرار بطرف حالب و لگنچه است) بالاخره سابقه سنگ کلیه و دفع آن اعم از اینکه در سابقه بیمار علائمی از ناراحتی های فوق وجود داشته و یا بیمار بخارط نداشته باشد بررسی و امتحان دقیق کلیه و مجرای دفعی ادرار ضروری است.

چگونه کلیه و مجرای دفعی ادرار را در جریان یک نفروپاتی مزمن میتوان امتحان نمود؟

در غالب موارد وجود نارسائی کلیه بررسی دقیق کلیه و مجرای دفعی آنرا محدود میسازد زیرا این امتحانات بی ضرر نبوده چه بسانارسائی کلیه راشدت میدهد ولی با احتیاط و با در نظر گرفتن بعضی شرایط امتحان کلیه و مجرای آنرا میتوان عملی نمود.

معمولًا دو حالت وجود دارد:

الف - نارسائی کلیه هنوز زیاد نیست (اوره خون پائین تر از یک گرم در لیتر

موجب تنزل میزان بیکربنات ها درخون شده و آسیدوز مزبور را بوجود میآورد غالباً بعدها ذیل نزد بیماران بر خورد میکنیم . سدیم خون ۱۴۰ میلی اکیوالان (عدد معمولی) بیکربنات ها ۱۵ میلی اکیوالان (بجای ۲۷ میلی اکیوالان در حال سلامت) بدین ترتیب ذخیره قلبیانی پائین است (وجود آسیدوز) کلر ۱۱۵ میلی اکیوالان (بجای ۱۰۰ میلی اکیوالان در حال سلامت) و میزان کلر در خون بالا رفته است.

نفرون کلیه در حال سلامت ین سدیم را دوباره جذب کرده و کل رابشکل کلرور دامونیوم (۱۵) دفع میکند و این عمل بیشتر بعده قسمت انتهائی لوله (۱۶) است و این قسمت از لحظه تشریحی نزدیک کالیس ها و لگنچه و خلاصه همچوار مجرای دفعی ادرار است معمولاً عفونت ادراری در نسج انترستیسیل درامتداد لوله های ادراری پیش میرود و همین قسمت انتهائی لوله های نفرون است که بیش از همه در همان مراحل اولیه بیماری آسیب خواهد دید . همانطور که در بالا ذکر شد این نوع آسیدوز منحصر به نفرت های انترستیسیل نبوده و در بعضی از بیماریهای کلیه بخصوص در نفروپاتیهای لوله مادر زادی بوجود میآید .

۳- سوابق ناراحتی های مجرای ادراری - بررسی و تجسس ناراحتیهای

نمایان نمیگردند و از طرف دیگر نسج آسیب دیده کلیه گاهی تحمل دفع این ماده را نداشته و زیان مفرطی بدان وارد شده و چه بسا در دنباله آن نارسائی شدید و خیم کلیه برقرار شود در این مورد بجای اوروگرافی داخل وریدی اورتروپیلوگرافی صعمودی (۲۰) توصیه میشود ولی متخصصین بیماریهای کلیه از این عمل استقبال ننموده و کمتر آنرا بکار میبرند زیرا برای این عمل به آندوسکپی و گذاشتن لوله در حالت احتیاج بوده و این مداخلات برای اینگونه بیماران که دارای کلیه ناتوان و مستعد هستند عفونت های شدید کلیه را در دنبال داشته و نارسائی کلیه را زیاد تر خواهد کرد و حتی استعمال انتی بیوتیک ها قبل از انجام این اعمال بعنوان پیش گیری از بروز عفونت جلوگیری نخواهد کرد بدینجهت در اینگونه موارد برای بررسی کلیه و وضع مجاری آن چهار روش مفید و بی آزار ذیل پیشنهاد شده است.

اول لمس کلیه ها - گاهی اوقات اطلاعات ذیقیمتی در لمس کلیه ها کسب خواهد شد افزایش حجم یک یا دو کلیه ممکن است دال بر وجودیک بی نظمی و اختلال در مجاری ادرار باشد در جریان نفریت انترستیسیل کلیه که کم قابل لمس شود میتوان حدس زد که هنوز

و کلیرانس اوره (۱۸) بالاتر از ۲۵ سانتیمتر مکعب در دقیقه ()
ب - نارسائی کلیه شدید است (میزان اوره خون بالاتر از یک گرم در لیتر و کلیرانس اوره پائین تر از ۲۵ سانتیمتر مکعب در دقیقه)
در حالت اول که ضایعات کلیه شدید نبوده و نارسائی زیادی در کار نیست بهترین و ساده ترین روش برای بررسی کلیه و مجاری دفعی ادرار اوروگرافی داخل وریدی است (۱۹) (اصولاً توصیه میشود که برای انجام اوروگرافی داخل وریدی در جریان نفریت های مزمن اوره خون از ۷۵ بی گرم در لیتر متجاوز نبوده و میزان کلیرانس اوره کمتر از ۲۵ سانتیمتر مکعب در دقیقه نباشد) بدینهی است وقتی با حدس وجود نفریت انترستیسیل اوروگرافی انجام میشود حتی - المقدور از گرفتن کلیشه با فشار روی شکم و حالت ها خودداری شود زیرا این عمل برای این نوع نفریت ها ممکنست بی ضرر نباشد .

در حالت دوم که نارسائی کلیه زیاد است اوروگرافی داخل وریدی نه تنها بیفایده بوده بلکه دفع این ماده برای نسج موف کلیه زیان آور است در این حالت بعلت نارسائی کلیه ماده حاجب با هستگی دفع شده و مجاری ادرار که بررسی آن مورد توجه ما است بخوبی

19. Clearance de l'Urée

20.- Urographie par voie veineuse

21.- Ureteropyelographie retrograde

اگر بخواهیم تمام بیماریهای دستگاه ادراری که در پیدایش نفریت انترستیسیل موثرند در اینجا ذکر کنیم تقریباً باید تمام بیماریهای اورولوزی را از نظر بگذرانیم ولی در اینجا ما فقط بذکر اختلالاتی که بیش از همه دخالت دارند اکتفا نموده و آنها را به چهار دسته تقسیم میکنیم.

۱- سنگ مجرای ادرار - در بخش بیماریهای کلیه گاهی اوقات به بیمارانی برخورد میشود که مدت‌ها با تشخیص نفریت مزمن معمولی (گلومولرن نفریت مزمن) تحت رژیم و درمان علامت‌بوده‌اند و با یک رادیوگرافی ساده از کلیه ها و مجرای ادراری وجود سنگ در کلیه و علت اساسی نفریت مزمن او روشن میشود مثل این خانم ۴۵ ساله که در بخش بیماریهای کلیه پروفسور هامبورژ در پاریس برای یک نفریت مزمن پیش رفته با اورمی شدید بستری شد و در رادیو گرافی ساده که از دستگاه ادراری او بعمل آمد وجود سنگ را در یکی از کلیه ها نشان داده و بدین ترتیب نفریت انترستیسیل بیمار محرز شد این خانم

دارای پارانشیم سالم بوده و امکان برگشت به حال طبیعی را دارد و حال آنکه کلیه های کوچک و صیفر یافته و غیر قابل لمس مراحل پیشرفتی مرض هستند.

دوم و سوم - رادیوگرافی ساده از کلیه ها و در بعضی موارد دتروپنوموپر-تیوان (۲۱) است در رادیوگرافی ساده گاهی سایه سنگی مشاهده میشود که تا آن موقع کوچکترین علائمی نداشته و نفریت انترستیسیل اولین تظاهرات بالینی سنگ کلیه است.

چهارم - رادیوگرافی با ماده حاجب از مثانه و مجرای بول (۲۲) عکسبرداری از مثانه و مجرای بول فوق العاده مهم و در عین حال بدون آزار است و برای انجام آن باندوسکپی نیازی نیست ماده حاجب را بوسیله یک سرنگ از مجرای پیشاب وارد مثانه و عکس برداری خواهند کرد بدینوسیله قسمتهاي پائين دستگاه ادراری مورد بررسی قرار گرفته و چنانچه بعدا خواهیم دید با این روش برگشت ادرار بحالب و لگنچه (۲۳) مشاهده میشود و بوجود بیماری دهانه مثانه (۲۴) بدینوسیله میتوان پی برد.

بیماریهای مهم دستگاه ادرای مسبب نفریت انترستیسیل مزمن کدامند؟

21 Retropneumo peritone

22- Urethro-cystographic

23- Reflux uretero-vesicale

24- Maladie du Col vesicale

25- Lithiasis urinaire 26- Les anomalies des bas urinaires

27- Les stenoses et compresions uréterales

مزمن برقرار میشود همانطور که در بالا ذکر شد با رادیوگرافی با ماده حاجب از مثانه این بیماری شناخته خواهد شد.

۳ - سل دستگاه ادراری - سل دستگاه ادراری در تمام اشکال خود می تواند پدیده نفریت انترستیسیل را بوجود آورد غالبا از راه اختلال در مثانه و حالتها دخالت میکند در اثر ابتلاء مثانه از ظرفیت فیزیولوژی آن کاسته و در نتیجه موجبات برگشت ادرار را بطرف بالا فراهم میسازد گاهی ضایعات هائی درحال ایجاد میکند گاهی ضایعات تشریحی سل در کلیه زیاد نبوده ولی بیمار دارای نارسائی کلیوی نسبتاً شدید است در این موارد غالباً یک نفریت انترستیسیل سلی علاوه بر ضایعات موضعی سلی در کلیه برقرار شده که نارسائی کلیوی زودرس را در نزد بیمار توجیه مینماید.

۴- تنگی ها و فشار های به حلب تمام ناراحتیهای مولدهیدرونفروز(۲۸) التهابهای تنگ کننده حلب (۲۹) عواملی که از خارج به حلب فشار میآورند . (در موقع حاملگی گاهی اوقات فشار به حلب و لگنچه زیاد بوده و باعث توقف ادرار در لگنچه و پیدایش عفونت ادراری و دنباله آن نفریت انترستیسیل میباشد بالاخره بندرت ممکن است یک نوع ضایعات بخصوص چربی تصلبی(۳۰) بعلت نامعلومی در اطراف هر دو حلب

مدت ده سال با تشخیص یک نفریت مزمن معمولی تحت درمان های علاماتی و رژیم های سخت بود ولی بدینسانه تشخیص دیر شده بود و کلیه ها بکلی صفر یافته بودند و بیمار در یک تابلوی نارسائی کامل کلیه فوت نمود . امروز در بخش بیماریهای کلیه بررسی مجاری ادرار و حداقل یک رادیوگرافی ساده از دستگاه ادراری بر بیمار مبتلا به نفر و پاتی مزمن یک قانون کلی محسوب شده و هیچ وقت نباید فراموش گردد .

۲- بیماری قسمت پائین دستگاه ادراری - ضيق مجرای بول عظم غده پروستات و بیماریهای دیگر این ناحیه همه میتوانند در پیدایش این بیماری سهیم باشند ولی بیماریهای دهانه مثانه در پیدایش نفریت انترستیسیل بخصوص نزدیکه ها اهمیت بسزائی داشته و همیشه باید بدان توجه داشت این بیماری یک نوع بی نظمی و اختلال در عمل دهانه مثانه در اثر یک ضایعه عملی یا عضوی است که گاهی اکتسابی ولی بیشتر اوقات مادرزادی است و بدین ترتیب خروج ادرار دچار زحمت شده و در نتیجه از دیاد فشار داخل مثانه بوجود خواهد آمد و در اثر اتساع مثانه موقع ادرار کردن مقداری ادرار بطرف حلب و لگنچه برگشت نموده و این عمل به تدریج موجبات اتساع جالب و لگنچه و کالیس ها را فراهم میکند که متعاقب آن عفونت ادراری و نفریت انترستیسیل

برای این بیماری همیشه باید بفکر آن بود و علائم آنرا تجسس نمود و از نظر سبب شناسی نزد کوکان به بیماری دهانه مثانه و در جوانان به سنگ و بیماریهای دیگر مجاری ادرار و درخانم ها به حاملگی های مکرر و در اشخاص مسن به بیماریهای پروستات توجه داشت و چنانچه نارسائی کلیه بیمار اجازه میداد برای تشخیص قطعی بیماری بیوپسی (۴) کلیه نمود از لحاظ آسیب شناسی یک واکنش التهابی بافتی شدید در بافت انترستیسیل کلیه با انفیلتر آسیب‌سیون سلولی (۲۵) توام بالاسکلروز (در مراحل پیش رفته) دیده میشود که معمولاً از لگنچه و کالیس ها شروع شده و به طرف قشر کلیه پیش میرود علاوه بر آن صفر لوله ها و گلومرول ها در بعضی نقاط وجود دارد.

درمان - هنگامی که نفریت انترستیسیل مزمن منجر بنادرسانی کلیوی مسلم شده باشد درمان این نوع نارسائی مثل سایر نارسائی های کلیوی بطل دیگر است و باید متذکر شد که تنظیم تعادل آبی و الکترولی نزد این نوع بیماران نتیجه قابل ملاحظه خواهد داد. برای اصلاح آسیدوز تجویز بیکربنات دوسود و یا سیترات دوسود کافی است و با این تداویر نارسائی کلیوی تاحدودی اصلاح شده و میزان اوره خون تنزل میکند ولی آنچه که در این نوع نفریت ها اهمیت

بوجود آمده و موجب فشار به حالها شود این بیماری برای اولین بار توسط پرفسور هامبورژ کشف و گزارش شده و درمان آن عمل جراحی و برداشت نسوج تصلبی و چربی اطراف حالب است. باید اذعان کرد که گاهی اوقات هیچ نوع علی‌الخصوص برای پیدایش نفریت انترستیسیل نمیتوان پیدا کرد و در اینجا میتوان فکر کرد که میکرب از راه خون به کلیه سرایت نموده (نفریت انترستیسیل نزولی) و موجب نفریت انترستیسیل مزمن شده است افرادی که دچار بیوست بوده و دائماً از ترکیبات ملینی که موجب تحریک مخاطره روده است استفاده میکنند. از مخاط متورم میکرب های روده بسهولت وارد خون شده و در کلیه موجب نفریت انترستیسیل خواهند شد.

باید دانست که نفریت های انترستیسیل از راه خونی (۳۱) غالباً حاد بوده و در جریان سپتی سمی (۳۲) هابر آنوری (۳۳) واورمی شدید و گاهی همراه مختصر هماتوری است پیش آگهی آن خیلی و خیم قبل از پیدایش آنتی‌بیوتیک این بیماران غالباً محکوم بمرگ بودند ولی امروز با تشخیص زودرس و درمان آنتی‌بیوتیکی گاهی اوقات بهبودی برقرار میشود.

تشخیص نفریت های انترستیسیل

31- Nephrite interstitielle hematogène 32- Septicémie

33- Anurie et uremie 34- Biopsie renale 35- Infiltration Cellulaire

دارد توأم نمودن درمان سببی به درمان علامتی فوق است با تجویز آنتی بیوتیک ها مخصوصا اگر بوسیله کشت ادرار و تهیه آنتی بیوگرام انتخاب شده باشد عفونت ادراری از بین خواهد رفت و در بعضی موارد توأم با آنتی بیوتیک ها از هورمن های کورتیکوسورنال با مقادیر کم و با احتیاط میتوان کمک گرفت و بدین ترتیب تسهیلاتی در اصلاح پدیده های التهابی در نسج همبند کلیه فراهم نمود و همیشه برای تشخیص و اصلاح علت اصلی عفونت ادراری بامتصاصین بیماریهای مجاری ادرار مشورت نمود هرچه این مداخلات و تدابیر درمانی زود شروع شود نتایج نیکوتری در بر

خواهد داشت

بطوریکه در نفریت های انترستیسیل مزمن و پیش فته که کلیه ها اسکلروزه و صفر یافته اند درمان بی نتیجه بوده و ضایعات کلیه قابل برگشت نیستند خواه ناخواه نفریت انترستیسیل مزمن بطرف اورمی انتهائی سیر کرده و منجر به مرگ خواهد شد.

بنابراین درمان واقعی نفریت انترستیسیل مزمن یک درمان پیش گیری است تمام بی نظمی ها و اختلالات مجاری ادراری که در آتیه ممکن است موجب برقراری نفریت انترستیسیل شوند باید در اسرع وقت اصلاح گرددند.

Bibliographie

- FISHBERG-Chronique pyelonephrities P. 642 1954
 HAMBURGER (J) - Les nephrites interstitielles
 Pathologie médicale Tome II-1960
 HAMBURGER (J) - Les nephrites ascendantes chéroniques
 Documentation medicale No 25-1958
 MILLIEZ (P.)- les nephrites ascendantes-Conférence Faculté de Medecine Paris, le 26 Nov. 1960