

كيف أتصرف أمام

المغص الكلوي؟



ذ. جلال الدين العماري

أخصائي و أستاذ في طب و جراحة الكلي و المسالك البولية

ذ. جلال الدين العماري، ذ. سفيان ملاس، ذ. عبد الحق خلوق، ذ. محمد فضل التازي، ذ. محمد جمال الفاسي،

ذ. مولاي حسن فريح

مصلحة المسالك البولية، المستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس

المغص الكلوي هو متلازمة (syndrome) ألمية قطنية- بطنية (lombo-abdominal) حادة ناجمة عن ارتفاع الضغط المفاجئ في السبيل الإفرافي العلوي (voie excrétrice urinaire supérieure) بسبب انسداد (obstruction) مهما كانت طبيعته. تعتبر هذه المتلازمة الألية نمط التعبير الأساسي لحصى الكلي و المسالك البولية، وهي كثيرة التردد في أقسام المستعجلات (1-2% من إدخلات قسم المستعجلات) و تتطلب تسكيناً مستعجلاً للألم. في بعض الحالات يمكن للمغص الكلوي أن يصطحب تعقيدات تشكل تهديداً لحياة المريض و يجب منهجياً البحث عنها.

السريري وتظهر عادة بيلة الكريات البيضاء (leucocyturie) مع غياب النيتريتات (nitrites). بيلة دموية (hématurie) وتعلم عن درجة حموضة البول (pH).

2. المغص الكلوي المعقد (colique néphrétique compliquée) بسبب المريض ذاته [المرأة الحامل. القصور الكلوي المزمن. الكلية الوحيدة تشريحياً أو وظيفياً. مرض معروف بالمسالك البولية، المريض المصاب بداء قصور المناعة المكتسب والذي يعالج بالإندينافير (indinavir)]. أو بسبب وجود علامات خطورة [علامات تعفن البول: خاصة الحمى. انقطاع أو قلة البول (oligo-anurie). استمرار الألم أو اشتداده رغم أخذ العلاج بالمسكن بطريقة صحيحة. تستوجب هذه الحالات المعقدة استشارة وتدخّل أخصائي المسالك البولية.

التشخيص السريري (Diagnostic clinique):

ينبغي التفريق بين حالتين:

1. المغص الكلوي البسيط (colique néphrétique simple): هو ألم حاد و مفاجئ، أحادي الجانب. قطني أو قطني-بطني مع إشعاع نحو الأمام و الأسفل في الغالب ومن دون أي وضعية مسكنة. يمكن لهذا الألم أن يصاحب بأعراض هضمية [غثيان، تقيؤ، تطبل البطن (météorisme)...] أو بولية [عسر التبول (dysurie). تبول (pollakiurie). استعجال بولي (urgenterie)] أو عامة [هياج (agitation). قلق (anxiété) لكن لا توجد حمى].

تكمل الغميسة البولية (bandelette urinaire) الفحص

الملحق اللغوي :

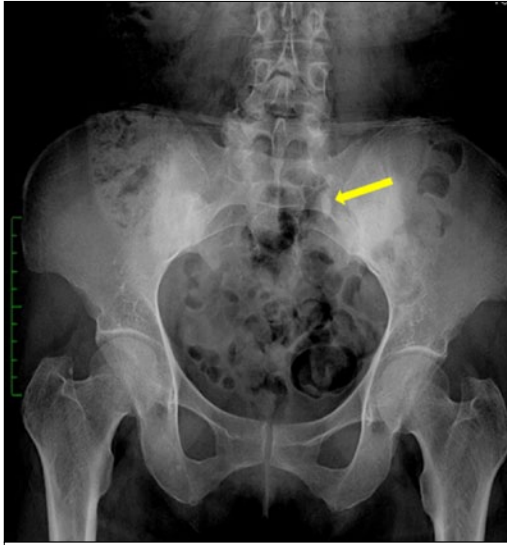
مغص كلوي
Colique néphrétique
السبيل الإفراغي البولي العلوي
Voie excrétrice urinaire supérieure
عسر التبول
Dysurie
تبول
Pollakiurie
استعجال بولي
Urgenterie (impériosité mictionnelle)
التهاب الكلية والجويضة
Pyélonéphrite
احتشاء كلوي
Infarctus rénal
انتان بولي
Septicémie
تفتيت الحصى بموجات صدمة من خارج الجسم
Lithotritie extra-corporelle
فغر الكلية عبر الجلد
Néphrostomie percutanée

- إلى حين معرفة تكوين الحصاة ينصح الأكل بطريقة عادية و شرب الكثير من الماء (الماء الذي يشربه المريض عادة) بحيث يكون إدرار البول (diurèse) لترين على الأقل.
- عيادة الطبيب في حالة معاودة الألم. أو ظهور حمى أو رعدة أو بيلة دموية أو انقطاع أو قلة البول.

الفحوصات التكميلية:

الفحوصات البيولوجية: يجب قياس كرياتينين الدم بطريقة منهجية في جميع الحالات. عند وجود علامات إنتان دموي (septicémie) (حمى مصاحبة برعدة...) يجب اجراء تعداد دموي شامل. زرع دموي (hémoculture) و تحليل سيتوبكتريولوجي للبول.

الفحوصات التصويرية: في حالة المغص الكلوي البسيط. غالبا ما يكون التصوير بالصدى للبطن و الحوض (مع مئانة ممتلئة) (صورة توضيحية 1) مع تصوير اشعاعي للبطن من دون تهيئ (ASP) (صورة توضيحية 2) كافيا خلال 48 ساعة الأولى. ينبغي تجنب استعمال التصوير الاشعاعي عند المرأة الحامل و يكتفى بالتصوير بالصدى للبطن و الحوض. في حالات المغص الكلوي المعقد. القصور الكلوي أو الشك في التشخيص يكون إجراء مفراس حلزوني (scanner hélicoïdale) ضروريا (صورة توضيحية 3).



صورة 1: صورة إشعاعية للبطن بدون تهيئ تظهر حصاة في الحالب.



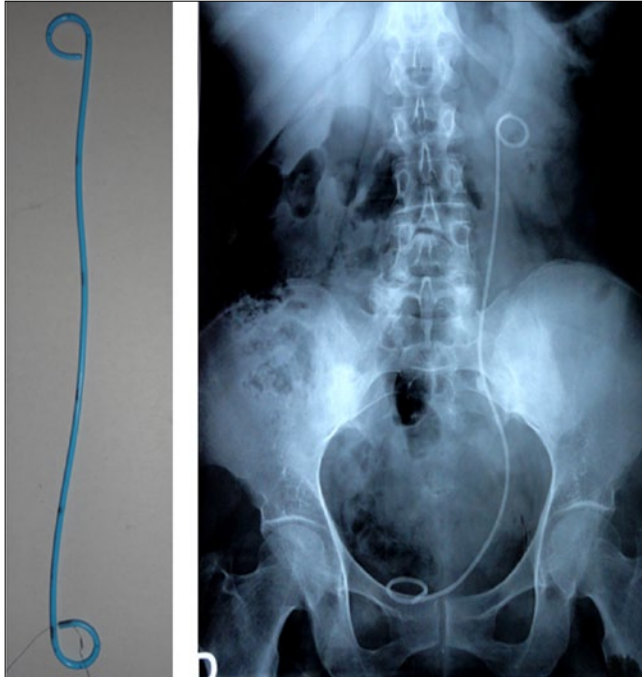
صورة 2 : صورة بالصدى للكلى تظهر توسع الحويض والكؤوس (calices).

التشخيص التفريقي (Diagnostic différentiel):

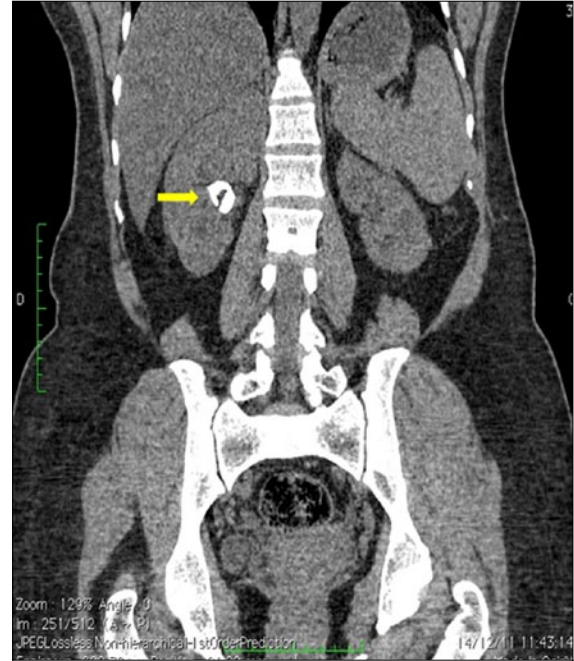
- يمكن أن يطرح أمام مجموعتين من الأمراض:
- أمراض بولية: كالالتهاب الحاد للكلى و الحويضة. أورام الكلية أو المسالك البولية. و الاحتشاء الكلوي (infarctus rénal)
- أمراض غير بولية: كتشنق أم الدم الأبهرى (anévrisme de l'aorte abdominale) الالتهاب السيني الرجي (sigmoïdite diverticulaire) التهاب الزائدة خلف أعورية (appendicite rétro-caecale). و التواء الكيسه المبيضية.

تدبير العلاج:

- المغص الكلوي حالة مستعجلة تستدعي تسكين الألم بسرعة ويفضل لهذا الغرض أخذ طريق وريدي:
- البدء بحقن مضاد التهاب لستيرويدي (anti inflammatoire non stéroïdien) من نوع كيتوبروفين (kétoprofène) (الدواء الوحيد الحائز على ترخيص الوضع في السوق في هذه الحالة عبر الوريد) بجرعة 100مغ في 100ملل من مصل فيزيولوجي خلال 20 دقيقة 3 مرات في اليوم (كل 8 ساعات).
- في حالة الألم الخفيف أو متوسط الشدة. يضاف حقن 1غ من الباراسيتامول (Paracétamol) كل 6 إلى 8 ساعات.
- في حالة الألم الشديد (> 6 في سلم القياس البصري) يحقن المورفين (كلورهيديرات المورفين) مذ البداية (إضافة إلى مضاد الالتهاب اللاستيرويدي) بجرعة 0.1مغ/كغ كل 4 ساعات.
- يستحسن التقليل من السوائل خلال مدة الأزمة (مع الانتباه إلى عدم الوقوع في حالة الاجتفاف).
- حالات خاصة:
- عند المرأة الحامل: يمنع استعمال مضادات الالتهاب اللاستيرويدية خلال الثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل. ولهذا يستعمل الباراسيتامول أو المورفين (ما عدا خلال المخاض) بنفس الطريقة السابقة الذكر.
- في حالة القصور الكلوي: يمنع أيضا استعمال مضادات الالتهاب اللاستيرويدية. ويحقن في هذه الحالة الباراسيتامول أو المورفين (مع تعديل الجرعات حسب تصفية كرياتينين (clairance de créatinine)).
- بعد تسكين الألم في حالة المغص الكلوي البسيط. يتم إخراج المريض مع وصفة تتضمن:
 1. مضاد التهاب لستيرويدي عن طريق الفم (ديكلوفيناك 50مغ 3 مرات في اليوم لمدة 7 أيام).
 2. مسكن من الدرجة الأولى أو الثانية (باراسيتينامول أو باراسيتامول+ كوديين).
 3. دواء مساعد لطرد حصى الحالب (تامسيلوزين 0.4 tamsulosine مغ 1 في اليوم لمدة 28 يوم) في حالة حصى الحالب أقل من 6 م.
- و ينصح عند الخروج:
 - تصفية البول بمصفاة من أجل استرجاع الحصية لتحليلها و معرفة نوعها و أسباب تكوينها. و تساعد هذه المعلومات على معرفة الإجراءات الحمائية و التي تساعد على الوقاية من إعادة تكون الحصى في حوالي 50% من الحالات .



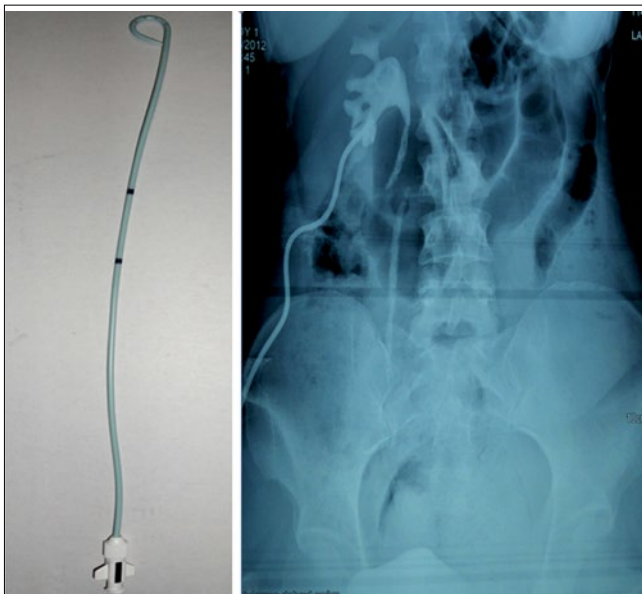
صورة 5: تمثيل توضيحي لمسبار حالب ثنائي القوس.



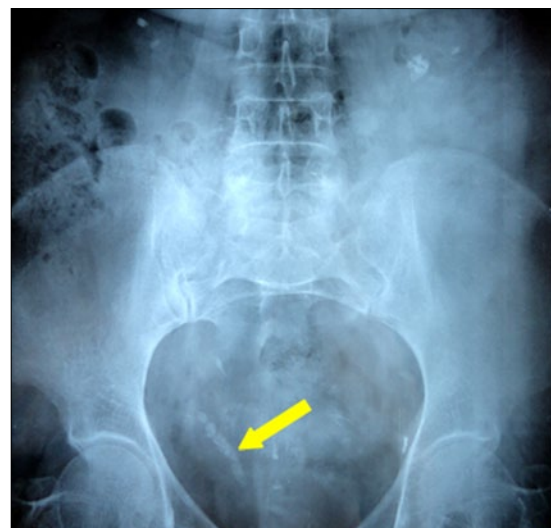
صورة 3: صورة إشعاعية للبطن بدون تهئية تظهر حصاة في الحالب.

يجب استشارة أخصائي المسالك البولية في حالات :

- المغص الكلوي المعقد و المعروف بالمعايير السابقة الذكر.
- حصى المسالك البولية العلوية و التي يتعدى عرضها 6م. الحصى ثنائية الجانب. أو حَجَر (empierrement) (صورة توضيحية 4) المسالك البولية العلوية (الحالب) بعد تفتيت الحصى بموجات صدمة من خارج الجسم [lithotritie extra corporelle (LEC)]. في هذه الحالات غالبا ما يقوم أخصائي المسالك البولية بتحويل مجرى البول (dérivation urinaire) بمسبار حالب ثنائي القوس [sonde urétérale double cross (double z)] (صورة توضيحية 5). أو بفتح الكلية (néphrostomie) عبر الجلد (صورة توضيحية 6). و يكون استشفاء المريض ضروريا.



صورة 6: تمثيل توضيحي لفتح الكلية عبر الجلد.

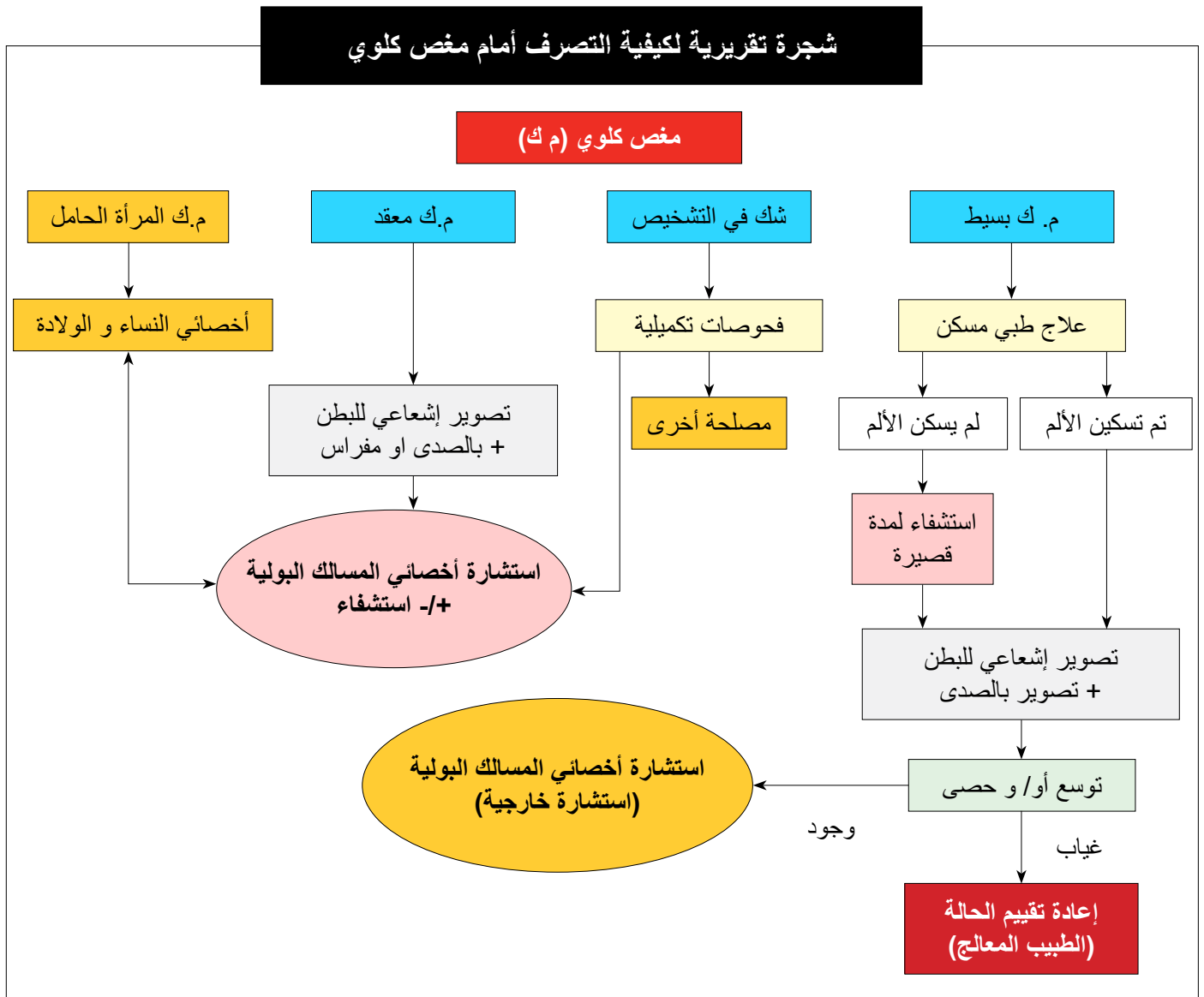


صورة 4: صورة اشعاعية للبطن بدون تهئية تظهر حجرا للحالب الأيمن بعد معالجة حصاة كلوية بالموجات الصادمة من خارج الجسم.

خاتمة

المغص الكلوي حالة مستعجلة يعتمد فيها تسكين الالم على مضادات الالتهاب الالاستيرويدية خصوصا و المسكنات المورفينية عندما لا يمكن استعمال هذه الأخيرة أو في الحالات الشديدة الحدة أو المقاومة.

إذا كان التصوير بالصدى و التصوير الاشعاعي للبطن من دون تهئية كافيا في الحالات البسيطة فإن المفراس الحلزوني يكون ضروريا في حالة الشك أو الحالات المعقدة و التي تستلزم عادة استشفاء المريض.



الملحق اللغوي

احتشاء كلوي: Infarctus rénal
 تشقق أم الدم الأبهرى: Fissuration d'anévrisme de l'aorte
 التهاب سيني رجي: Sigmoidite diverticulaire
 التهاب الزائدة خلف أعورية: Appendicite rétro-caecale
 التواء كيسة مبيضية: Torsion d'un kyste ovarien
 انتان بولي: Septicémie
 تفتيت الحصى بموجات صدمة من خارج الجسم: Lithotritie extra-corporelle
 مسبار حالبى ثنائى القوس: Sonde urétérale double cross double J
 فغر الكلية عبر الجلد: Néphrostomie percutanée
 إدرار البول: Diurèse

مغص كلوي: Colique néphrétique
 متلازمة: Syndrôme
 قطني-بطني: Lombo-abdominal
 السبيل الاقراغي البولي العلوي: Voie excrétrice urinaire supérieure
 تطبل البطن: Météorisme
 عسر التبول: Dysurie
 تبول: Pollakiurie
 استعجال بولي: Urgenturie (impériosité mictionnelle)
 هياج: Agitation
 قلق: Anxiété
 التهاب الكلية والحويضة: Pyélonéphrite