

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



خبرنامه

انجمن علمی

پیوند کلیه

ایران

شمارگان دوم

دی ۱۴۰۲

در این شماره می خوانیم

سخنی با ریاست مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت

معرفی بخش فعال پیوند کلیه اطفال

پیوندی که کمتر از آن شنیده ایم : پیوند رحم

معرفی هیئت تحریریه خبرنامه انجمن پیوند کلیه

سخنی با رئیس مرکز مدیریت پیوند

دکتر امیرحسام علیرضایی



آمار مرگ مغزی در کشور چه میزان است؟
سالانه ۵-۸ هزار مرگ مغزی در کشور داریم، که از این تعداد ۲۵۰۰ تا ۴ هزار مورد قابلیت پیوند عضو دارند.

چه تعداد بیمار نیازمند دریافت عضو در کشور وجود دارد؟

در حال حاضر حدود ۲۰ هزار بیمار نیازمند دریافت عضو در کشور وجود دارند.

وضعیت اهدای عضو از مرگ مغزی طی سالیان گذشته به چه صورت بوده است؟

شاخص اهدای عضو (PMP) در کشور از سال ۱۳۸۱ همواره روبه پیشرفت بوده است و به استثناء سال ۱۳۹۹ به علت شیوع ویروس کرونا، این ارقام تقریباً هر سال نسبت به سال قبل افزایش داشته است. به گونه‌ای که این معیار در سال ۱۴۰۰ معادل ۱۱ (۹۲۸ اهداکننده مرگ مغزی) و در سال ۱۴۰۱ معادل ۱۲/۲ (۱۰۱۶ اهداکننده مرگ مغزی) بوده است.

مشابه این آمار، آماری اختصاصی از پیوند کلیه نیز در دسترس است؟

بله، آمار دقیقی در این زمینه وجود دارد.



پیوند کلیه از دهنده مرگ مغزی در سال ۱۳۸۱، ۸۵ مورد و در سال‌های ۱۳۹۹، ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به ترتیب، ۸۲۲، ۱۰۹۵ و ۱۲۴۷ مورد بوده است و به طور کلی از ابتدا تاکنون ۱۶۵۱۰ مورد پیوند کلیه از دهنده مرگ مغزی در کشور داشته‌ایم.

از طرفی پیوند کلیه از دهنده زنده در سال ۱۳۸۱، ۱۶۱۹ مورد و در سال‌های ۱۳۹۹، ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به ترتیب، ۴۲۰، ۶۹۴ و ۱۱۸۴ مورد بوده است و به طور کلی از ابتدا تاکنون ۴۰۰۹۵ مورد پیوند کلیه از دهنده زنده در کشور داشته‌ایم.

در حال حاضر چه تعداد مرکز جهت پیوند کلیه در کشور وجود دارد؟

هم اکنون در کشور ۳۰ بخش پیوند کلیه به شرح زیر وجود دارد.

به ترتیب سال شروع فعالیت :

بیمارستان‌های تهران شامل هاشمی نژاد از ۱۳۶۶، سینا از ۱۳۶۸، آیت الله طالقانی از ۱۳۶۸، شهید لبافی نژاد از ۱۳۶۸، شریعتی از ۱۳۶۹، بقیه الله (عج) از ۱۳۷۱، امام خمینی از ۱۳۷۲، شهید مدرس از ۱۳۸۵، فیروزگر از ۱۳۸۹، حضرت رسول از ۱۳۸۹، میلاد از ۱۳۹۱، مرکز طبی از ۱۳۹۷، فرهیختگان از ۱۳۹۹ و سایر استان‌ها شامل امام رضا تبریز از ۱۳۶۳، منتصریه مشهد از ۱۳۶۷، نمازی شیراز از ۱۳۶۷، امام خمینی ارومیه از ۱۳۶۷، گلستان اهواز از ۱۳۶۸، رازی رشت از ۱۳۷۷، دکتر بهشتی همدان از ۱۳۸۰، الزهرا اصفهان از ۱۳۸۱، افضل‌پور کرمان از ۱۳۸۳، نور علی اصغر اصفهان از ۱۳۸۵، علی ابن ابیطالب زاهدان از ۱۳۸۶، رهنمون یزد از ۱۳۹۴، ابو علی سینا شیراز از ۱۳۹۵، امام خمینی مازندران از



۱۳۹۵، امام خمینی اردبیل از ۱۳۹۸، و آیت الله کاشانی شهرکرد و آیت الله موسوی زنجان.

به نظر شما برای فرهنگ سازی بیشتر اهدا عضو چه باید کرد؟

سه پایه اصلی اهدای عضو شامل علم، ساختار و فرهنگ است که به ترتیب ۲۰، ۳۰ و ۵۰ درصد در این رخداد نقش دارند و طی سالیان گذشته در راستای تقویت تمامی آن‌ها قدم‌های بزرگی برداشته شده است.



تاکنون حدود ۶۸ هزار پیوند عضو در کشور انجام شده است، یعنی ۶۸ هزار بیمار از رنج بیماری نجات پیدا کرده و ۶۸ هزار خانواده از درد و

دغدغه عزیزشان آسوده شده‌اند و این موضوع بسیار مهمی است.

در واقع ۶۸ هزار ایرانی به زندگی خود بازگشته‌اند.

باید این مهم را در نظر داشت که رضایت دادن خانواده‌ها برای اهدای عضو عزیزشان ایثار محسوب می‌شود که در راستای ارتقای این فرهنگ ایثار، رسانه‌ها نقشی اساسی دارند. باید در این زمینه به مردم آگاهی داد که در حال حاضر هزاران بیمار در لیست پیوند اعضا قرار دارند. به طور مثال حدود ۴۰ هزار بیمار



دیالیزی در کشور وجود دارد که سالیانه ۲۰۰۰ بیمار جدید به آن اضافه می‌شود. این در حالی است که سالانه حدود ۳۰۰۰-۲۵۰۰ پیوند کلیه در کشور انجام می‌شود. به طور میانگین سالانه ۳ هزار مرگ مغزی قابل اهدا در کشور اتفاق می‌افتد، که از این تعداد تنها هزار مرگ مغزی به اهدا عضو می‌انجامد و اعضای قابل اهدای ۲ هزار بیمار مرگ مغزی به خاک سپرده می‌شود. چنانچه از هر بیمار مرگ مغزی ۳ عضو اهدا شود، حدوداً ۶ هزار عضو قابل پیوند به اهدا نمی‌رسد. بنابراین در تلاشیم واحدهای شناسایی و فراهم آوری اعضای دانشگاه‌ها پویاتر از همیشه کار کنند تا هیچ عضوی از دست نرود. چراکه هر عضو اهدایی، یک زندگی را نجات می‌بخشد.

جایگاه ایران در بحث پیوند اعضا چگونه است؟

ایران در زمینه اهدای عضو در منطقه رتبه اول و در دنیا رتبه ۳۶ را دارد.

صحبت پایانی اگر هست بفرمایید

همواره وزارت بهداشت در تلاش بوده تا فراهم آوری اعضا از مرگ مغزی پویاتر باشد و در کنار آن از ایثارگرانی که تحت عنوان دهنده زنده اقدام به اهدا عضو می‌کنند حمایت کرده تا بتواند از هزینه‌های زیادی که به سیستم درمان در نتیجه بیماران نیازمند پیوند اعضا تحمیل می‌شود کاهش دهد و مهم‌تر از آن این که این عزیزان بتوانند زندگی دوباره‌ای را بدون دغدغه بیماری تجربه کنند.



موارد اهدای اعضا به نسبت جمعیت در میلیون نفر در سال (PMP)



روند اهداکنندگان مرگ مغزی در ایران از ابتدا تا پایان سال ۱۴۰۱



چکیده وضعیت پیوند اعضا در ایران از ابتدا تا پایان سال ۱۴۰۱

سال فعالیت	از ابتدا تا ۱۳۸۰		اهدائت	مرگ مغزی	نرخ رشد اهدائت مرگ مغزی		پیوند کلیه جنس		نرخ رشد پیوند کلیه از مرگ مغزی		پیوند کلیه زنده		نرخ رشد پیوند کلیه از زنده											
	۱۳۸۱	۱۳۸۲			۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	جمع کل
	۵۲	۸۷	۱۱۴	۱۱۸	۱۲۸	۱۶۵	۲۰۳	۲۰۳	۳۱۸	۴۳۲	۵۳۰	۶۶۵	۶۵۹	۸۰۸	۸۷۰	۹۲۶	۹۲۳	۹۲۳	۱۰۷۸	۶۶۵	۹۲۸	۹۲۸	۱۰۱۶	۱۰۹۵۶
	۰/۷۵	۱/۲۵	۱/۶	۱/۷	۱/۸	۲/۳	۲/۹	۲/۹	۴/۲	۵/۶	۶/۹	۸/۶	۸/۵	۱۰/۳	۱۰/۹	۱۱/۴	۱۱/۲	۱۱/۲	۱۲/۳	۷/۸	۱۱/۰	۱۱/۲	۱۲/۲	
	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	PMP	
	۶۷/۳	۶۷/۳	۳۱/۰	۳/۵	۸/۵	۲۸/۹	۳۳/۰	۰	۵۶/۷	۳۵/۸	۲۲/۶	۲۵/۵	-۰/۹	۲۲/۶	۷/۸	۶/۴	-۰/۳	۱۶/۸	-۴/۲	۴۳/۹	۴۳/۹	۴۳/۹	۱۰	
	۸۵	۱۸۸	۱۸۰	۲۱۵	۳۳۷	۲۶۵	۳۴۹	۳۹۶	۵۹۰	۷۶۳	۹۱۱	۱۱۷۱	۱۱۲۲	۱۳۷۴	۱۳۹۹	۱۳۵۱	۱۳۲۵	۱۳۵۴	۱۳۵۴	۸۲۲	۱۰۹۵	۱۳۴۷	۱۶۵۱۰	
	۱۵۱	۱۲۱/۲	-۴/۲	۲۲/۳	۸/۸	۱۱/۸	۳۱/۷	۱۳/۵	۵۰/۰	۲۹/۳	۱۹/۴	۲۸/۳	-۴/۲	۲۲/۵	۱/۸	-۳/۴	-۷/۲	۸/۸	-۳۹/۳	۳۳/۲	۳۳/۲	۳۳/۲	۱۳/۹	
	۱۶۱۹	۱۵۳۷	۱۷۳۳	۱۶۸۰	۱۵۹۹	۱۵۲۶	۱۵۶۷	۱۶۶۹	۱۷۳۶	۱۵۲۹	۱۵۶۷	۱۵۵۱	۱۲۰۳	۱۲۰۴	۱۰۷۸	۹۳۱	۱۰۱۸	۷۴۷	۷۴۷	۶۹۴	۶۹۴	۶۹۴	۱۱۸۴	
	۵۰/۱	۱۲۷	۱۲۷	-۴/۸	-۳/۳	۴/۳	۱/۴	۶/۵	۲/۰	-۱۱/۹	۱/۲	۰/۳	-۲۲/۴	۰/۰	-۱۰/۵	-۱۳/۶	۹/۳	-۲۶/۶	-۳۳/۸	۶۵/۲	۶۵/۲	۶۵/۲	۷۰/۶	۴۰۰۹۵



معرفی بخش فعال پیوند کلیه اطفال

سخنی با دکتر رضا دهقانی اطهر



دکتر رضا دهقانی اطهر، متخصص ارولوژی از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و فلوشیپ پیوند کلیه از دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان سینا می‌باشند. ایشان از سال ۱۳۹۶ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان حضرت رسول اکرم و فیروزگر هستند.

جناب آقای دکتر دهقانی فرصتی در اختیار ما گذاشتند برای پاسخ به سوالاتمان از مسیری که طی این سال‌ها پیموده‌اند که در ادامه می‌خوانیم :

چرا پیوند در گروه سنی اطفال را انتخاب کردید؟

وجود بخش نفرولوژی اطفال و حضور اساتیدی چون دکتر رحیم زاده در بیمارستان رسول اکرم، این مرکز را به یک مرکز ریفرال برای اطفال مبتلا به بیماری کلیوی تبدیل کرده است و به این واسطه از ابتدای فعالیت من در این مرکز زمینه برای ورود به پیوند در گروه سنی اطفال فراهم بود.



آیا پیوند کلیه در این گروه سنی تفاوت واضحی با بالغین دارد؟

به طور واضح، از اتیولوژی بیماری‌ها تا اندیکاسیون‌های پیوند کلیه تفاوت‌هایی وجود دارد. اتیولوژی بیماری‌های کلیوی در اطفال غالباً مربوط به آنومالی‌های اکتسابی یا مادرزادی اروژنیتال و در درجه بعدی گلومرولونفریت‌ها، ریفلاکس نفروپاتی، عفونت‌ها و بیماری‌های اتوایمیون هستند. حال آنکه در بالغین غالب موارد مرتبط با دیابت، فشار خون، بیماری‌های پلی‌کیستیک و... است.

از طرفی، کوچک‌تر بودن جسه اطفال و ظرافت‌های عروق، حالب و مثانه، جراحی پیوند را از نظر تکنیکال سخت‌تر از بالغین می‌کند. همچنین مساله‌ای که در بالغین با آن مواجه نیستیم، بحث تأثیر داروهای سرکوبگر ایمنی بر سیر رشد بیمار است.

در اطفال با وزن بالای ۳۰ کیلوگرم، برش و تکنیک‌های جراحی مشابه بالغین است اما سختی کار زمانی است که بیمار کودکی با وزن کمتر از این میزان یا سن زیر ۱۰ سال باشد.

همانطور که اطلاع دارید دنور نفرکتومی از دهنده زنده زیر ۱۸ سال ممنوع است به همین علت از سختی‌های دیگر پیوند اطفال می‌توان به زمانی اشاره کرد که کلیه اهدایی مربوط به یک فرد بزرگسال از دهنده زنده یا متوفی باشد که می‌تواند عوارضی چون سندرم کمپارتمان را به دنبال داشته باشد، که در این موارد قرار دادن کلیه داخل پریتنون می‌تواند راهکار مناسبی باشد.



در موارد دهنده مرگ مغزی خردسال، ترجیح شما پیوند به صورت En-bloc است؟
از هر دو تکنیک **En-bloc** و یا **Split** می‌توان استفاده کرد اما با در نظر گرفتن محدودیت فراهم آوری کلیه جهت پیوند در گروه سنی اطفال، طی این سال‌ها ترجیح من تکنیک **split** بوده تا از یک دهنده مرگ مغزی خردسال، دو کلیه برای دو خردسال نیازمند فراهم شود که خوشبختانه نتایج خوبی را به همراه داشته و بقای ۱ ساله به طور میانگین بالای ۹۸ درصد و بقای ۵ ساله ۸۵-۹۰ درصد بوده است.

از تجربیات شیرینی که در این مسیر داشته‌اید برایمان بگویید

پیوند در اطفال علی‌رغم سختی‌هایی که دارد می‌تواند نتایج به مراتب بهتری



نسبت به بالغین داشته باشد و از طرفی همزمان با رشد کودک، کلیه نیز رشد کرده و بیمار از رنج دیالیزرها شده که دیدن آن بسیار لذت بخش است. از دیگر لحظات شیرین می‌توان به مواردی اشاره کرد که والدین یک کودک از روی عشق و محبت خودشان با ایثار و از خودگذشتگی به کودک خردسال خود کلیه اهدا می‌کنند.



آرزویی در حیطه فعالیت خود دارید؟

امید داروم روزی برسد که رژیم‌های سرکوبگر ایمنی در اطفال به گونه‌ای تغییر کند که شاهد عوارضی چون اختلال در رشد کودکان تحت پیوند کلیه نباشیم.

گزارشی از فعالیت مراکزی که در آن مشغول هستید بفرمایید؟

خوشبختانه به واسطه ریفرال بودن مرکز رسول اکرم در زمینه پیوند اطفال، آمار قابل توجهی از پیوند کلیه در این گروه سنی را طی سالیان گذشته شاهد بودیم. طبق آخرین آماري که موجود است از ابتدای فعالیت من در این مرکز حدود ۳۵۰ مورد پیوند کلیه اطفال انجام شده است.

به عنوان صحبت پایانی اگر نکته‌ای هست بفرمایید

بخش قابل توجهی از اختلالات کلیوی اطفال در زمینه ازدواج‌های فامیلی رخ می‌دهند که این مهم را یادآوری می‌کند که باید ارزیابی‌های ژنتیکی پیش از ازدواج به ویژه در موارد فامیلی را جدی گرفت و سیاست گذاری‌های جدی‌تری در این زمینه نیاز است تا از بروز این اختلالات تا جای ممکن پیشگیری شود. در پایان بر خود واجب می‌دانم از اساتیدی که به من پیوند را آموخته‌اند تشکر کنم، اساتید بزرگوار، دکتر پورمند، دکتر نیکوبخت و شادروان دکتر شهرام گوران و همچنین استاد بزرگوار دکتر کمال حسینی عزیز در بیمارستان رسول اکرم که از ایشان در حیطه پیوند اطفال بسیار آموختم.



پیوندی که کمتر از آن شنیده‌ایم

ناباروری مرتبط با رحم ۵-۳٪ از زنان جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. که از این جمله می‌توان به سندرم **Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH)**، هیستریکتومی یا سندرم شدید آشرمن اشاره کرد.

رحم اجاره‌ای و فرزندخواندگی

این‌ها روش‌های جایگزینی هستند، اما تا قبل از این مطالعه، هیچ درمانی برای کسانی که مایل به داشتن فرزند ژنتیکی خود بودند، وجود نداشت. از طرفی رحم اجاره‌ای در بسیاری از کشورها ممنوع است و طبیعی است که فرزندخواندگی هم ارتباط ژنتیکی بین مادر و کودک ایجاد نمی‌کند.

در مقاله پیش رو ...

مطالعه‌ای را مختصراً بیان کرده‌ایم که به گزارش اولین پیوند موفق رحم (**UTx**) در سپتامبر ۲۰۱۱ در کشور ترکیه پرداخته است. پس از این اولین مورد، موارد دیگری نیز در سطح جهان به پیوند موفق جراحی و تولد زنده نوزاد انجامید، که از آن جمله می‌توان به مورد مشابهی در سوئد در سال ۲۰۱۴ و همچنین ۸۰ مورد **UTx** در سطح جهان اشاره کرد که به دنبال آن بیش از ۳۰ تولد زنده گزارش شده است.



موردی که در سال ۲۰۱۱ در ترکیه انجام شد، دومین مورد در سطح جهان و اولین مورد موفق بود. اولین تلاش ناموفق در عربستان سعودی انجام شده بود.

کیس اولی که از این مطالعه انجام شده در ترکیه گزارش می‌کنیم

یک زن ۲۱ ساله مبتلا به سندرم **MRKH** بود که ۲ سال قبل از جراحی برای بازسازی واژن با استفاده از ژژنوم جراحی شده بود. اهدا کننده نیز یک زن ۲۲ ساله دچار مرگ مغزی بود.

معیارهای ورود این مطالعه

کاریوتایپ **46XX**، سن ۲۱-۴۰ سال، ذخیره تخمدانی کافی، طول واژن $< 5\text{ cm}$ ، **BMI** > 25 ، حداقل ۳ سال وضعیت ازدواج پایدار و حمایت اجتماعی خوب

معیارهای خروج این مطالعه

فشار خون بالا، دیابت قندی، ترومبوفیلی اکتسابی یا مادرزادی، بیماری‌های قلبی، کلیوی یا سیستم عصبی مرکزی، اختلالات روانی، مثبت بودن سرمی **HIV، HBV، HCV**، سومصرف الکل و مواد مخدر، سیگار کشیدن، ناهنجاری‌های آناتومیکی کلیه، جراحی‌های متعدد قبلی شکم، سابقه اندومتریوز شدید و سابقه هرگونه بدخیمی دستگاه تناسلی

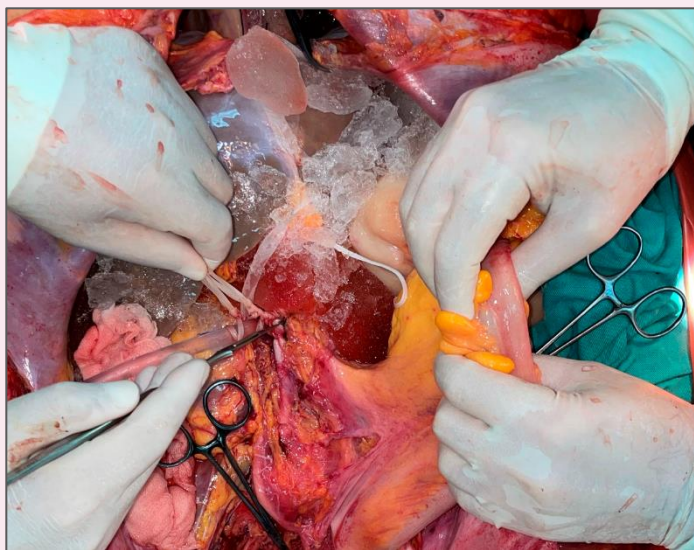
تکنیک جراحی

برداشتن رحم از دهنده مرگ مغزی، اولین قدم قبل از برداشتن سایر ارگان‌ها بود که این مورد به داشتن ساقه‌های طولانی از عروق ایلیاک کمک کرد.



جراحی گیرنده با یک برش خط وسط آغاز و شریان و ورید ایلیاک خارجی تشریح شدند. پس از آماده سازی رحم اهداکننده در وضعیت ارتوتوپیک داخل شکم قرار داده شد. واژن اهداکننده به سمت پروگزیمال نئوواژین گیرنده ژژنوم بخیه شد. رباطهای ساکرومترین به ساکروم بخیه شد. در ادامه آناستوموز ساقه‌های عروقی به صورت آناستوموز **end-to-end** بین عروق ایلیاک خارجی گیرنده و ساقه عروق هیپوگاستر اهداکننده انجام شد.

نهایتاً رباطهای **round** به رباط اینگوینال گیرنده بخیه زده شد و فلپ صفاقی قدام مثانه همراه با رحم اهدا کننده به صفاق جداری گیرنده بخیه زده شد. علاوه بر اینها، سالپنژکتومی دوطرفه نیز انجام شد.



بعد از برداشتن کلمپ‌های عروقی تغییر رنگ از زرد کم رنگ به قرمز مشاهده شد و برای تایید جریان خون با سونوگرافی داپلر رنگی حین عمل بررسی شد.



رژیم سرکوب کننده ایمنی

تیموگلوبولین حین عمل آغاز شد و برای ۱۰ روز ادامه یافت. همچنین حین جراحی **gr ۱** پردنیزولون تجویز شد و با ۲۰ میلی گرم برای ۱ هفته پس از جراحی ادامه یافت. تاکرولیموس از روز ۷ پس از عمل شروع شد. به عنوان رژیم نگهدارنده، تاکرولیموس، مایکوفنولات موفتیل و پردنیزولون داده شد.

سرنوشت اولین پیوند موفق رحم

اولین سیکل قاعدگی ۳ هفته بعد از جراحی مشاهده شد اما تا ۳ سیکل اول نامنظمی وجو داشت. پس از پنج بار از دست دادن حاملگی، تلاش‌ها متوقف شد و جستجو برای علت زمینه‌ای انجام شد. طی **MRI** انجام شده، رحم از نظر آناتومیکی طبیعی و با جریان خون طبیعی بود. بعد از آن بیمار تحت **perfusion computed tomography** قرار گرفت که مطرح کننده یک انسداد عروقی در قسمت قدامی جانبی سمت چپ رحم مشاهده شد.

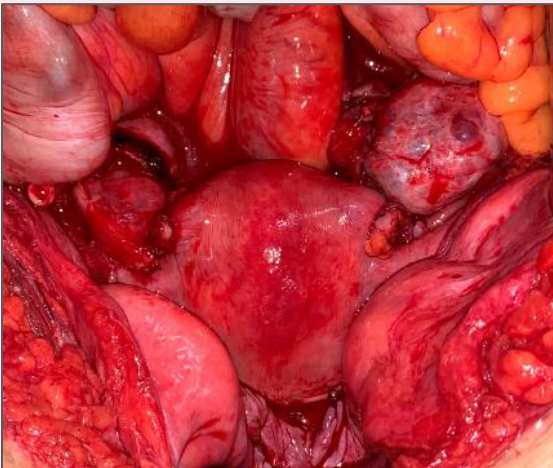
به دنبال آن بیمار تحت جراحی پیوند ورید صافن، برای رفع این انسداد قرار گرفت. و نهایتاً در اولین تلاش پس از این جراحی اصلاحی بیمار توانست باردار شود. در اواخر سه ماهه دوم به دنبال محدودیت رشد داخل رحمی و یافته‌های غیرطبیعی در سونوگرافی داپلر، سزارین در هفته ۲۸ بارداری انجام شد که نتیجه آن به دنیا آمدن نوزاد پسر **gr ۷۶۰** با آپگار بالا در ۴ ژوئن ۲۰۲۰ بود. همچنین بنا به مشور با بیمار همزمان رحم پیوندی نیز خارج گردید.



کیس دوم از همین مطالعه

به دنبال اولین تجربه موفق، دومین مورد پیوند رحم در همین مرکز در ژوئیه ۲۰۲۱ برنامه‌ریزی شد. اهداکننده یک زن ۳۷ ساله مرگ مغزی بود. گیرنده این پیوند دارای کاریوتیپ **46XX** اما فاقد تخمک گذاری بود به همین علت تکنیک جراحی مشابه مورد اول در کنار آناستوموز دو ورید تخمدان راست و چپ به وریدهای ایلیاک خارجی بود. گیرنده از هفته ۶ بعد از جراحی خونریزی منظم قاعدگی را تجربه کرد. پروتکل سرکوب سیستم ایمنی مشابه مورد اول در نظر گرفته شد. ۶ ماه پس از عمل پیوند، آماده سازی آندومتر برای انتقال جنین (ET) آغاز و همزمان درمان جایگزینی هورمون انجام شد.

در هفته ۲۹ بارداری به دلیل **PROM**، خونریزی واژینال و انقباضات منظم اقدام به سزارین شد و از آنجایی که نوزاد یک دختر سالم **gr ۱۷۲۰** با نمره آپگار بالا بود همزمان هیستریکتومی هم انجام شد.



بررسی موارد مشابه در سطح جهانی

همان طور که در ابتدا اشاره شد، تا به امروز بیش از ۸۰ مورد مشابه در سطح جهان انجام شده که نتیجه آن بیش از ۳۰ نوزاد دزنده و سالم بوده است. در مقایسه‌ای که نویسنده مقاله با موارد مشابه انجام داد به این نتیجه رسید که دریافت رحم پیوندی از دهنده متوفی با نتایج بهتری نسبت به دهنده زنده همراه بوده است، که از مزیت‌های آن می‌توان به اجتناب از آسیب احتمالی به اهداکننده و همچنین افزایش شانس آناستوموز عروقی موفقیت‌آمیز با استفاده از پیوندهای عروقی طولانی‌تر اشاره کرد. نویسنده این مقاله معتقد است، مطالعات آن‌ها زمینه این پیوند را در سطح جهانی فراهم کرده و به آن سرعت بخشیده و موجب شده پیوند رحم از یک مفهوم تجربی به واقعیت بدل شود.

نظر مولف :

باتوجه به امکان انتقال جنین تشکیل شده به رحم اجاره‌ای و در نتیجه تعلق نوزاد پس از زایمان از نظر ژنتیکی به پدر و مادر خود، ضمن احترام به زحمات تیم‌های انجام دهنده پیوند رحم، به نظر می‌رسد این پیوند در آینده فراگیر نخواهد شد چراکه علاوه بر مورد ذکر شده، عوارض داروهای سرکوب‌گر ایمنی در مقابل سایر روش‌های جایگزین از اولویت پایین‌تری برخوردار است.

Reference:

The Ozkan Technique in Current Use in Uterus Transplantation: From the First Ever Successful Attempt to Clinical Reality

doi: 10.3390/jcm12082812



مسئول خبرنامه

دکتر امیرحسین نایب‌زاده

ارولوژیست . فلوشیپ پیوند کلیه

دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی

هیئت علمی خبرنامه

دکتر محمد نجفی سمنانی

ارولوژیست . فلوشیپ پیوند کلیه

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

دکتر صمد نیک نهاد

ارولوژیست . فلوشیپ پیوند کلیه

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد

دکتر مهسا حسینی

متخصص داخلی . فلوشیپ نفرولوژی

دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی

دکتر نوشین دلیلی

متخصص داخلی . نفرولوژیست

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی

دکتر میثم قانیدی

ارولوژیست . فلوشیپ پیوند کلیه

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی