

گزارش یک مورد

فیستول برونکوبیلیاری ناشی از کیست هیداتیک کبد

لطف‌الله افضلی (M.D)**

غلامعلی گدازنده (M.D)*

چکیده

ارتباط بین مجاری صفراوی و برونش، یافته بسیار نادری است. دلایلی همچون بیماری‌های مادرزادی ریه، سابقه تروما به ویژه ترومای نافذ، بیماری‌های عفونی کبد نظیر کیست هیداتیک کبد، عنوان شده است. ما یک مورد فیستول برونکوبیلیاری ثانوی به کیست هیداتیک کبد داشته‌ایم که مدت‌ها به صورت سرپایی به عنوان ذات‌الریه درمان شده و سرانجام به دلیل تنگی نفس با تشخیص پنوموتوراکس (pneumothorax) در بیمارستان بستری گشته و در طی مدت بستری پس از انجام بررسی‌های لازم نظیر سی‌تی اسکن شکم و توراکس و برونکوسکوپی فیبروآپتیک، تشخیص قطعی داده شد و با انجام عمل جراحی از راه برش توراکس، اقدامات لازم درمانی صورت گرفت.

واژه‌های کلیدی: فیستول برونش، اکتینوکوکوز هیاتیک، مجرای صفراوی، آسیب‌ها

مقدمه

کیست هیداتیک در دنیا می‌باشد، تنها ۲۱ مورد را گزارش کرده‌اند (۱).
به دلیل نادر بودن این عارضه و ناآشنایی اغلب پزشکان با این مسأله اغلب تشخیص دقیق بیماران به تأخیر می‌افتد و نیز به همین دلیل روش‌های جراحی مناسب برای درمان این عارضه به کار گرفته نمی‌شود.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۲۶ ساله‌ای است که با تشخیص «آمپیم توأم با حفره» (Loculated Empyem) از بخش عفونی بیمارستان رازی به بخش جراحی توراکس بیمارستان امام ساری معرفی گردید.

کیست هیداتیک به وسیله انگل اکی نوکوکوسیس ایجاد می‌شود. شیوع بیماری در انسان بستگی به شیوع بیماری در حیوانات دارد. ناحیه خاورمیانه و ایران از محل‌های شایع کیست هیداتیک در دنیا است. ۷۰ درصد موارد کیست هیداتیک در کبد است و از این تعداد ۸۵ درصد، موارد آن در لب راست کبد اتفاق می‌افتد. برجسته‌ترین علامت فیستول برونکوبیلیاری، وجود صفرا در نمونه خلط است (biloptysis). این علامت به دلیل رشد رو به بالای کیست هیداتیک کبد و راه‌یابی آن به ریه ظاهر می‌یابد. این عارضه بسیار نادر است؛ به طوری که Genzanis (۲۰۰۲) و همکارانش در یک بررسی ۲۰ ساله از یونان که از محل‌های بسیار شایع

* فوق تخصص جراحی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

✉ ساری: خیابان امیرمازندرانی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

** دستیار جراحی

تاریخ تصویب: ۸۲/۴/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۱/۸/۲۹

بود (تصویر شماره ۲): با توجه به گزارش بیمار مبنی بر داشتن خلط سبز رنگ، برونکوسکوپی فیروپتیک انجام شد که مجاری هوایی به ویژه برونش لوب تحتانی راست حاوی ترشحات صفراوی^۲ فراوان بود. لذا بیمار با تشخیص فیستول برونکوبیلیاری ناشی از کیست هیداتیک کبد، کاندید عمل جراحی شد.

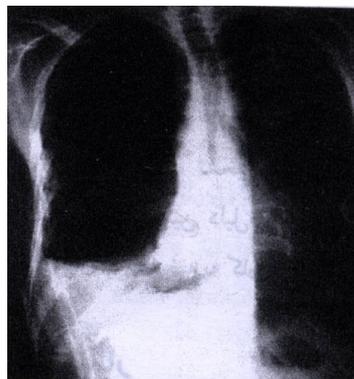


تصویر شماره ۲: Ct اسکن توده های کیستیک در سگمان خلفی لوب راست کبد

با توجه به وجود ترشحات صفراوی فراوان داخل ریه و خطرات موجود در حین بیهوشی با کمک برونکوسکوپی فیروپتیک، لوله گذاری انتخابی ریه چپ انجام شد تا بیمار با یک ریه تنفس کند. سپس با انسزیون توراکوتومی، بخش خلفی و جانبی توراکس راست باز شد. ریه راست به طور کامل کلاپس بوده و به وسیله قشر ضخیمی پوشانده شده بود و فضای جنب حاوی ترشحات چرکی و مقداری لایه ژرminatیتو کیست هیداتیک بود. در قسمت تحتانی، چسبندگی بسیار شدید بین سطح تحتانی ریه راست و دیافراگم وجود داشت. محل چسبندگی شدید که در واقع محل اتصال کیست کبد و پاراتشیم ریه بود، تدریجاً آزاد شد. نواحی تخریب شده نسج ریه، دربردمان شد و کلیه محل های خروج هوا با ویکریل ۳/۰ بخیه شد. سپس کیست کبد از راه توراکس به طور کامل تخلیه شد. محل خروج

نامبرده شروع ناراحتی خود را از یک ماه قبل ذکر می کند که به دلیل سرفه های توأم با خلط سبز رنگ به پزشک مراجعه کرده و به صورت سرپایی به عنوان ذات الریه Bronchopneumonia تحت درمان با آنتی بیوتیک خوراکی قرار می گیرد.

۹ روز قبل از اعزام به مرکز ما، به دلیل دیسترس تنفسی به بخش اورژانس بیمارستان رازی مراجعه می کند و با تشخیص پنوموتوراکس خودبه خودی برای بیمار Chest tube گذاشته می شود؛ ولی به دلیل عدم اتساع کامل ریه و ادامه درناژ چرکی از لوله، با تشخیص «آمپیم توأم یا حفره» به بیمارستان امام ساری معرفی می گردد. در بررسی انجام شده، وجود لایه ژرminatیتو کیست هیداتیک در محتویات Chest bottle بیمار مورد تأیید قرار گرفت. در رادیوگرافی ساده قفسه سینه، کلاپس کامل ریه راست به همراه وجود مایع در زاویه دنده ای-دیافراگمی راست و نیز وجود یک سطح مایع-هوا^۱ در زیر دیافراگم مشهود بود (تصویر شماره ۱). در



تصویر شماره ۱: گرافی ساده قفسه سینه کلاپس کامل ریه راست

در CT اسکن، توده هایی کیستیک در سگمان خلفی لوب راست کبد، با هوای آزاد گزارش گردید. این توده به سمت دیافراگم گسترش داشته و در برش های تهسیه شسته از ریه کلاپس ریه راست مشهود

2- Bile stained

1- level air- fluid

صفراوی که بسیار نادر است گردد (۱درصد). در بیمار ما نیز کیست هیداتیک کبد به داخل ریه و پلور راه یافته بود. این بیمار با یک عمل جراحی یک مرحله‌ای از طریق انسزیون خلفی و جانبی راست توراکس، تحت عمل جراحی قرار گرفت. نکات کلیدی در عمل جراحی این بیماران عبارتند از:

۱- تخلیه کامل کیست هیداتیک کبد.

۲- بستن مجرای صفراوی مرتبط با کیست.

۳- قطع ارتباط با ریه و برداشتن قسمت‌های

تخریب شده نسج ریه و نیز بستن کلیه محل‌های خروج هوا از پارانشیم ریه با نخ ویکریل ۳/۰

۴- آزاد سازی کامل ریه و انجام دکورتیکاسیون کامل جهت کمک به اتساع ریه و از بین بردن فضای باقی‌مانده در توراکس. (۲ تا ۴)

گرچه انسیدانس کیست هیداتیک کاهش یافته است ولی فیستول برونکوبیلیاری کماکان عارضه‌ای کشنده و خطرناک بوده و با مرگ و میر و بیمارگنی بالایی همراه است. تشخیص سریع و اقدامات درمانی صحیح با نجات بیمار همراه خواهد بود.

صفرا از سطح پرده کیست (pre cyst) مشخص شد و با ویکریل ۳/۰ بخیه گردید و بدین وسیله ترشح صفرا به داخل حفره کیست قطع گردید. برای کیست، درناژ خارجی^۱ گذاشته شد. این توده به سمت دیافراگم گسترش داشته در برش‌های تهیه شده از ریه، کلاپس ریه راست مشهود بود. محل نقیصه دیافراگم با نایلون یک به صورت هشت لاتین ترمیم شد. ریه به طور کامل دکورتیکه شده و متسع گردید.

بحث

کیست هیداتیک کبد، ۷۰ درصد موارد از کیست هیداتیک را تشکیل می‌دهد در ۸۰ درصد موارد، کیست هیداتیک در لوب راست کبد قرار دارد. کیست هیداتیک کبد می‌تواند عفونی شده و تولید علایم آبسه کبدی کند یا به سیستم صفراوی راه یافته و تولید علایم انسدادی صفراوی کند. در موارد نادری کیست هیداتیک کبد از طریق دیافراگم به داخل توراکس راه می‌یابد که در ۹۳ درصد موارد حفره پلور آلوده می‌شود. کیست می‌تواند پس از چسبندگی به ریه به داخل راه یافته و منجر به ورود صفرا به ریه و دفع خلط

فهرست منابع

1. M. Genzanis, kalliopei athanassiadi E metaxas, Maria Athanassiov, and rikolitsa Kelantzi. Bronchobiliary fistula due to ecchonococcosis Eur *j. cardiothoracic. Surg* 2002; 22:300-308
2. Heidid K. choa, ,arks Allen, Cloode deschamps. Oaniel I. millen, and peter, pirolero Bronchobiliary fistula principles of management Ann *Thorac. Surg.* 2000; 70:1392-1394.
3. Michael poullis and Andrew poollis Biliptysys caused by a Broncholoiliary fistula *J. thorac. Cardiovasc. Surg.* 1999; 118: 971-972.
4. Vedont Kabra, opsharma, M Agawall, v K Shokla. Primary hepatic hydatid cyst with intrathoracic extension *JAMA* 2001; 199(6)

1- external drainage