

گزارش یک مورد

فیستول برونکوبیلیاری ناشی از کیست هیداتیک کبد

لطف الله افضلی **(M.D)

غلامعلی گد ازنده *(M.D.)

چکیده

ارتباط بین مجاری صفرایی و برونش، یافته سیار نادری است. دلایلی همچون بیماری‌های مادرزادی ریه، سابقه ترومای 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 فیرواپتیک، تشخیص قطعی داده شد و با انجام عمل جراحی از راه برش توراکس، اقدامات لازم درمانی صورت گرفت.

واژه‌های کلیدی : فیستول برونش، اکینوکوز هپاتیک، مجاری صفرایی، 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 مسئله 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 صَفرا در نمونه خلط است (biloptysis). این علامت بدليل رشد رو به بالا کیست هیداتیک کبد و راهیابی آن به ریه تظاهر 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

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

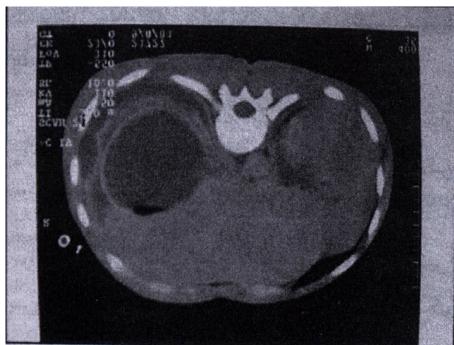
* فوق تخصص جراحی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** دستیار جراحی

تاریخ تصویب: ۸۴/۴/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۸۱/۸/۲۹

بود (تصویر شماره ۲): با توجه به گزارش بیمار مبنی بر داشتن خلط سبز رنگ، برونکوسکوپی فیرواپتیک انجام شد که مجاری هوایی به ویژه برونش لوب تحتانی راست حاوی ترشحات صفرایی^۱ فراوان بود. لذا بیمار با تشخیص فیستول برونکوبیلیاری ناشی از کیست هیداتیک کبد، کاندید عمل جراحی شد.

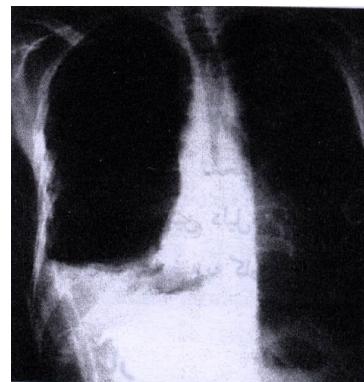


تصویر شماره ۲: CT اسکن توده های کیستیک در سگمان خلفی لوب راست کبد

با توجه به وجود ترشحات صفرایی فراوان داخل ریه و خطرات موجود در حین بیهوشی با کمک برونکوسکوپی فیرواپتیک، 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 کلایپس بوده و به وسیله قشر ضخیمی پوشانده شده بود و فضای جنب حاوی ترشحات چرکی و مقداری لایه ژرمیناتیو 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 پارانشیم ریه بود، تدریجاً آزاد شد. نواحی تخریب شده نسج ریه، دبریدمان 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 سربایی به عنوان ذات الریه Bronchopneumonia تحت درمان با آنتی بیوتیک خوراکی قرار می گیرد.

۹ روز قبل از اعزام به مرکز ما، به دلیل دیستریس 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 درناز چرکی از لوله، با تشخیص «آمپیم توأم یا حفره» به بیمارستان امام ساری معرفی می گردد. در بررسی انجام شده، وجود لایه ژرمیناتیو کیست هیداتیک در محتویات Chest bottle بیمار مورد تأیید قرار گرفت. در رادیوگرافی ساده قفسه سینه، کلایپس کامل ریه راست به همراه وجود مایع در زاویه دندنی- 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 کلایپس کامل ریه راست

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

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 پاراشیم 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. (۲۴)
- 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.

1. M. Genzanis, kalliopi 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.

صفرا از سطح پرده کیست (pre cyst) مشخص شد وبا ویکریل ۳/۰ بخیه گردید و بدین‌وسیله 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، کلپس 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

3. Michael poullis and Andrew poollis Biliptyss 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 wilh intrathoracic extension *JAMA* 2001; 199(6)

1- external drainage