

کیست‌های کاذب لوزالعمده و گزارش یک مورد در کودک ۴ ساله .

دکتر رضا شمس

هیپوکوندراچپ با بزرگی پیشرونده بطرف ناف پیدا شده در موقع بستری شدن توده نسبتاً " سفتی در ناحیه هیپوکوندراچپ بیمار لمس می‌شد که تا حدود ناف ادامه پیدا می‌کرد فشارخون $\frac{80}{40}$ میلی متر جیوه نبض ۱۱۰ در دقیقه بود .

آزمایشات : یکروز بعد از بستری شدن : هموگلوبین ۱۳ گرم در صد ، همتوکریت ۳۷ درصد ، گویچه های سفید ۷۸۰۰ ، تعداد پلاکت ها ۷۰۰۰۰۰ عدد در میلی متر مکعب .
آزمایش بعدی : هموگلوبین ۱۱ گرم درصد ، همتوکریت ۳۶ درصد گویچه های سفید ۱۲۶۰۰ پلاکت ها ، ۵۰۰۰۰۰ عدد در سیلیمتر مکعب .

رادیوگرافی : رادیوگرافی ساده شکم در تاریخ ۱۳۵۵/۶/۶ انجام شد و نتیجه آن چنین بود :

در ناحیه چپ شکم آپاسیته یکنواخت و وسیع مشاهده می‌شود که باعث رانده شدن قوس های روده بسمت راست بالا و پائین است . همچنین دیافراگم ها بالاتر از حد معمول قرار دارند . علائم موجود دال برو جود یک توده بزرگ می باشد (۱) .

پس از انجام آزمایشات رادیوگرافی در تاریخ ۱۳۵۵/۶/۱۵ بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت شکم با شکاف خط وسط باز شد پس از باز کردن شکم مشخص شد که در ناحیه مزوکولون نزولی برجستگی باندازه یک طالبی کوچک وجود دارد که پس از باز کردن آن حدود ۴۰۰ سانتیمتر متکب مایع قهوه ای رنگ خارج شد وبا تجسس قعر چادرینه ها

کیست های کاذب لوزالعمده که در این مقاله یک مورد آن در کودک ۴ ساله شرح داده شده کم و بیش دیده می‌شود . بطور کلی کیست های پانکراسی عبارتند از : کیست های حقیقی ، کیست های کاذب و تومورهای کیست مانند تقریباً $\frac{3}{4}$ کیست های پانکراس کیست های کاذب می باشند در کیست های کاذب دیواره پوششی در جدار کیست مشهود نیست پانکراتیت و تروما مهمترین عامل ایجاد کیست کاذب می باشد (به نسبت ۴۱ % و ۵۴ % کیست کاذب لوزالعمده بدون علت مشخص نیز مشاهده شده است در بزرگسالان پانکراتیت های مولد کیست کاذب لوزالعمده ناشی از الکیسم شایعتر از سنگ صغراوی است و به همین دلیل کیست های کاذب بیشتر در دهه چهارم و پنجم زندگی مشاهده می‌شود و در مردان شایعتر است در اطفال نسبت به بزرگسالان کمتر دیده می‌شود . در بیمار مورد بحث سابقه ضربه (سقوط از بلندی) موجود بوده که سه هفته بعد منجر به تشکیل کیست کاذب شده است .

معرفی بیمار : فاطمه ۴ ساله اهل همدان را در تاریخ ۱۳۵۵/۶/۳ به علت وجود توده نسبتاً " سفتی در ناحیه هیپوکوندراچپ به بیمارستان سینا آوردند که پس از معاینه ریخش فوری بستری شد طبق اظهار والدین فرزندشان بیست روز قبل از پشت بام سقوط کرده و بیهوش شد و سپس عطش فراوان پیدا کرده و استفراغ داشت - متعاقب چنین حاشه توده سفتی در ناحیه

دچار کیست کاذب لوزالمعده شدند در این گروه ۵۲ نفر پسر و ۴۱ نفر دختر بودند از ۵۰ مورد کیست کاذب ناشی از ضربه ۱۵ بیمار کوچکتر از ۵ سال ۱۹ نفر بین ۵ - ۱۰ سال و ۱۷ نفر بین ۱۰ - ۱۵ سال سن داشتند.

علائم: کیست کاذب لوزالمعده را در بیماران با سابقه پانکراتیت یا ضربه لوزالمعده که توده‌ئی در خلف معده دارند باید جستجو کرد هرچند ممکن است تعداد کمی از بیماران علائمی نشان ندهند ولی در بیشتر موارد درد و ناراحتی در ناحیه بالای شکم، بی‌اشتهائی کاهش وزن و توده قابل لمس در شکم موجود است.

علائم ثابت: درد مقاوم، تب و ایلئوس، ۲ تا ۳ هفته پس از ضربه یا پانکراتیت مشخص بیماری می‌باشد. "ندرتاً" خونریزی دستگاه گوارش به علت فشار کیست کاذب لوزالمعده روی ورید باب و ایجاد واریس از وناژ گزارش گردیده است و با رادیوگرافی قسمت فوقانی دستگاه گوارش در وضعیت‌های مختلف، مشخص می‌شود. هرچند که ممکن است در خیلی از موارد آمیلاز سرم طبیعی باشد ولی در صورتیکه آمیلاز سرم بالا باشد به تشخیص کیست کمک می‌کند.



و ارتباط با لوزالمعده و با توجه به سابقه بیمار، تشخیص کیست کاذب لوزالمعده بعد از ضربه داده شد کیست در قسمت تنه لوزالمعده قرار داشت تصمیم به درناژ داخلی کیست به معده گرفته شد از این جهت جدار قدامی معده باز و از این راه جدار خلفی معده به جدار کیست دوخته شد.

بیمار عمل را بخوبی تحمل کرد و ناراحتی عمده‌ای نداشت و در تاریخ ۱۳۵۵/۶/۳۰ با بهبودی مرخص شد.

بحث: کیست کاذب لوزالمعده عبارت است از تجمع شیره لوزالمعده در فضای خلف صفاقی که به علت نکروز و پارگی مجاری لوزالمعده ایجاد می‌شود.

کیست‌های کاذب لوزالمعده یکی از چهار صورت زیر دیده می‌شوند:

۱- تجمع شیر لوزالمعده در کیست با جدار نازک و به صورت حاد.

۲- کیست مزمن لوزالمعده با محتوای استریل و یا جدار فیبرو.

۳- کیست کاذب چرکی ثانویه.

۴- آبسه واقعی لوزالمعده.

بعد از شرحی که فیتز Fitz در ۱۸۸۹ در باره آبسه لوزالمعده داد، گزارش‌ها تا سال ۱۹۱۷ مختصر بود، تا اینکه در این سال Alexander و Ltermeier اولین مورد موفقیت آمیز در ناژ را شرح دادند در سال ۱۹۷۳ تعداد ۹۲ بیمار با تشخیص پانکراتیت حاد و احتمالاً با تشکیل کیست به بیمارستان Memoriol Giudy مراجعه و بستری شده‌اند ۸۵ مورد از این بیماران از ده روز قبل از بستری شدن شکایتشان شروع شد تشخیص پانکراتیت حاد در این بیماران با علائم بالینی تاریخچه بیماری و علائم آزمایشگاهی داده شد. از تعداد ۹۲ بیمار ۵۲ نفر مرد و ۴۰ نفر زن بوده‌اند. و سنین آنها بین ۱۸ تا ۸۱ سالگی بوده است.

۴۱٪ بیماران با توده داخل شکمی مراجعه کرده‌اند و در ۵۱ درصد آنها تغییر شکل معده در رادیوگرافی دستگاه گوارش مشاهده شد حد متوسط آمیلاز سرم ۴۷۷ واحد سوموگی Somogy بین (۲۴۵ - ۲۱۰ واحد) بوده است.

در آمار دیگری که در آن ۹۳ کودک زیر ۱۵ سال مورد بررسی قرار گرفت ۵۰ نفر به علت ضربه ۳۸ نفر به علت پانکراتیت و ۵ نفر به علل دیگر (اریون، سنگ صفراوی، و دپلیکاسیون)

Endoscopic Retrograde choledosco Pancreatographie (E.R.C.P.)

و سنتی گرافی اولتراسونیک Ultrasonic Scanning
و گالیم اسکن Golium Scan در تشخیص کیست
لوزالمعده بکار رفته است. Socen Honcke
و دیگران با پانکراتوگرافی رتروگرا که در ۱۴ مورد کیست
پانکراس انجام داده اند در ۴ مورد پیوسته تشخیص کیست لوزالمعده
رسیدند - نتیجه این آزمایش در ۸ مورد مشکوک بوده و در ۲
مورد موفقیت آمیز نبوده است.

با سنتی گرافی اولتراسونیک در ۱۲ مورد کیست نشان
داده شد دو مورد منفی کاذب مشاهده گردید که این دو مورد
با پانکراتوگرافی رتروگرا تشخیص صحیح داده شد.

پونکسیون از راه پوست با هدایت اولتراسوند در ۸
بیمار انجام شد در کیست های با قطر ۲ سانتیمتر پونکسیون بدون
اشکال بوده و هیچگونه عارضه ای مشاهده نشد و حتی یک بار
تا ۲۰ ماه بیمار تعقیب شد که بدون عارضه بود. بدین ترتیب
در مواردی که جراحی امکان پذیر نباشد و با جهت تأیید تشخیص
می توان پونکسیون را بکار برد با اولتراسوند کیست های خیلی
کوچک را می توان پیدا کرد و در مورد آنها که قطر شان ۲ - ۳
سانتیمتر است عمل جراحی انجام نمی شود.

درمان: درمان کیست های بزرگ جراحی است ولی موارد متعددی از
کیست های کوچک در بچه ها خود بخود و بدون جراحی خوب
شده اند. در بزرگسالان عدم درمان جراحی باعث علائم
عقونی ثانویه کیست - خونریزی و پاره شدن خود بخودی
کیست در احشاء مجاور و یا در فضای پریتون و ایجاد پریتونیت
می گردد و معمولاً پیش آگهی آنها خیلی وخیم است.

ملاحظات: Bernad J. OWEN

و همکاران نشان داد که درمان مرجع جهت کیست
کاذب لوزالمعده در ناز کیست به داخل معده است ولی در
ناز خارجی نیز رضایت بخش بوده است. در ناز داخلی درمان
انتخابی جهت آبسه لوزالمعده بوده است. در مواردی که
درمان بتاخیر افتاد منجر بمرگ شده است (۲ مورد).
بطور کلی درمان بیهوشی است برداشتن، در ناز
داخلی، در ناز خارجی.

از این جهت اندازه گیری آمیلاز سرم در تشخیص
بیماری ممکنست ارزش زیادی نداشته باشد باید در نظر داشت
که در بعضی موارد بعد از گذشت ۷ - ۱۴ - روز از پانکراتیت
حاد تظاهرات بالینی و رادیولوژیکی وجود توده خلف معده
شامل لوزالمعده ملتهب و تورم نسوج خلف صفاقی مشاهده
می شود که باید با کیست تشخیص افتراقی داد. زیرا این توده
معمولاً بعد از مدتی جذب می شود آزمایش اولتراسونیک کمک
ارزنده ای در تشخیص بین این حالات و کیست کاذبی می کند.
بطور کلی در موارد زیر احتمال کیست کاذب لوزالمعده
بعد از پانکراتیت و یا ضربه لوزالمعده داده می شود:

۱ - وجود کیست قابل لمس در داخل شکم.
۲ - عدم بهبود بالینی در مدت یک هفته.
۳ - تغییر محل معده و اثنی عشر در رادیوگرافی قسمت
فوقانی دستگاه گوارش.

۴ - بالا بودن آمیلاز سرم.
۵ - وجود عفونت داخل شکم.

Bernad J. OWEN و دیگران علائم زیر را در ۱۹ مورد
کیست لوزالمعده ۸ مورد آبسه لوزالمعده از سال ۱۸۶۹ تا ۱۹۷۴
مشاهده کرده اند.

تبوع استفراغ، طبیعی بودن آمیلاز سرم، علائم
رادیولوژیکی وجود توده اپیگاستر در پشت معده. ۱۳ مورد
کیست کاذب و ۷ مورد آبسه قبل از عمل تشخیص داده. یک
مورد خود بخود در اثر زخم معده سوراخ شد به معده راه پیدا
کرد و محتویات آن خارج شد. سن بیماران بین ۱٪ و ۷۱ سالگی
بوده است و (حد متوسط ۴۷ سالگی)، شایعترین علت بیماری
الکل (۱۴ مورد) بود و چهار مورد متعاقب ضربه شکم و دو
مورد همراه ضایعه صفاوی بود و یک مورد الکل و بیماری صفاوی
در کار بوده است در آبسه پانکراس عدم عفونت موجود است
که بدین طریق از کیست کاذب تشخیص افتراقی داده می شود.
آزمایش اولتراسونیک به تشخیص کمک می کند. با
آزمایش اولتراسونیک در ۵۲ بیمار از ۹۲ مورد تشخیص کیست
لوزالمعده داده شد. در ۴۰ مورد بقیه تو موگرافی بوسیله
اولتراسوند Ultrasonic Tomography انجام شد که
در ۴۲ درصد بزرگی لوزالمعده وجود داشت. و در بقیه
لوزالمعده طبیعی بوده است.

تشخیص کیست لوزالمعده با پانکراتوگرافی و اولتراسوند:
در سالهای اخیر پانکراتوگرافی رتروگرا با آندوسکوپ:

بعد از ضربه به علت نکروز نسج لوزالمعده ترشح شیریه لوزالمعده در درون کیست با دیواره نازک تجمع می‌یابد و بمرور بزرگ می‌شود. تظاهرات بالینی بیماری عبارتست از ' درد و ناراحتی ناحیه اپیگاستر و لمس توده بزرگی در ناحیه اپیگاستر و پشت معده رادیوگرافی از قسمت فوقانی دستگاه گوارش به تشخیص کمک می‌کند و اخیراً نیز آزمایشات اولتراسونیک و گالیوم اسکن و یا نگرادیوگرافی روتروگراد E.R.C.P. با نتایج رضایت بخش بکار رفته است.

درمان عبارتست از اتصال کیست به جدار خلفی معده و در مورد کیست‌های خیلی بزرگ اتصال به ژژونوم و در مورد کیست‌های کوچک (۲-۳ سانتیمتر) بدون عمل جراحی در بعضی موارد با پونکسیون بهبودی حاصل می‌شود. در این مقاله یک مورد کیست کاذب ضربه‌ای لوزالمعده در یک کودک ۴ ساله شد که با عمل جراحی بهبود یافته است گزارش شد و گزارشات دیگران نیز مطالعه و بررسی شده است.

۱- برداشتن Excision کیست‌های کوچک را می‌توان خارج کرد، ولی چون با مرگ و میر همراه است، این روش متداول نیست.

۲- در ناژ خارجی و یا مارسوپولیزاسیون در مورد کیست‌های عفونی (آبسه)، و بیمارانی که وضع و حالت مساعدی ندارند متداول است مورتالیته در این نوع درمان کم ولی مورتالیتی آن زیاد می‌باشد.

۳- در ناژ داخلی بصورت اتصال کیست به معده با ژژونوم، اتصال به معده عمل ساده‌تری است، ولی در موارد کیست‌های بزرگ اتصال به ژژونوم نتیجه بهتری دارد و از برگشت محتویات روده بداخل کیست جلوگیری می‌کند. عوارض بعد از عمل شامل خونریزی و عفونت است.

خلاصه: کیست کاذب ضربه‌ای لوزالمعده از حوادث کمیابی است که بطور نادر در اطفال ممکن است دیده شود.

References

- 1- Bent Nybone Anderson, Soren Nancke, et al, The Diagnosis of pancreatic cyst by Endoscopic retrograde pancreatography and Ultrasonic scanning. Annals of Sur-Gery March 1977, Vol 185 No. 3 Page 286-289.
- 2- Bernard Jowens, Narold F. Mamit Pancreatic Abscess and Pseudocyst 112: 42-45 Jan. 1977.
- 3- Wdward L. Braoley, and et al Acute Pancreatic Pseudocysts Incidonat and Implications Annuls of Surgery Vol. 184-No. 734-737 December 1976.
- 4- Edward D.L. Bradley, III and et al, Fancreatic Pseudocysts Text book of surgery 1, edition 1306-1303, 1977.
- 5- Mark M. Ravitch Pediatric Surgery, Volume II, 1979.