

نقش رادیولوژی در تشخیص بزوار معده و گزارش دو مورد از بیماری

دکتر یوسف فضل علیزاده* دکتر خلیل معزز* دکتر داریوش گل‌آلاب*

ناحیه معده دیده شد (شکل ۱) و در رادیو گرافی معده با مایع
سولفات دو باریم در رادیو گرافی ایستاده تصویر توده فوق‌الذکر



کلمه بزوار (Bezoar) مشتقی است از کلمه فارسی یادزهر
یا یادزهر که کلمه پاد (Pad) بمعنی محافظت در برابر وزهر (Zahr)
بمعنی سم است باین ترتیب کلمه بزوار در اصل بمعنی ضد سم و خنثی
کننده سم (Antidote) بوده است [۲ و ۸] ولی در اصطلاح طبی
بزوار به جسم جامد بزرگی اطلاق میشود که در معده بیمار
درست میشود و در ساختمان آن مو، الیاف گیاهی، بعضی از
مواد معدنی، ماده صمغی و یا قارچ یافت میشود. بزوار بیماری
نادری است و بر حسب موادیکه در ساختمان آن بکار رفته است
بچهار دسته تقسیم میشوند: تریکوبزوار (Trichobezoar)،
فیتوبزوار (Phytobezoar)، تریکوفیتوبزوار
(Trichophytobezoar) و بزوارهای قارچی و خمیری
(Fungi and yeasts bezoar). با وجود اینکه علائم پرتو-
شناسی کلید تشخیص بیماری است معذک ما در ده سال گذشته
فقط دو مورد بزوار معده مشاهده کرده‌ایم.

شرح حال بیمار:

۱-ک-پ ۱۰ ساله در تاریخ ۴۳/۹/۲۰ بعلت دل‌درد
در بخش جراحی ۲ مرکز پزشکی پهلوی بستری گردید و شکایت
بیمار از درد ناحیه اپی‌گاستر و احساس سنگینی و توده سفت در
شکم بوده است. در سوابق بیمار نکته جالب توجه ملاحظه
نگردید. بیمار از نظر روانی سالم ولی حساس و عصبانی بوده و
سابقه خوردن موی سر خود را انکار میکرد.

در معاینه بالینی توموری در ناحیه اپی‌گاستر و مجاور
سایه کبد ملاحظه گردید.

در رادیو گرافی ساده شکم تصویر توده متخلخل در

* از گروه رادیولوژی دانشکده پزشکی تهران

داروهائی مثل کربنات دو بیسموت و قرصهای قلیائی که حجم بزرگی دارند و در ساختمان آنها منیزیم و کربنات دو سدیم بکار رفته جسم خارجی در معده ایجاد میشود زیرا قرصهای قلیائی فشرده در اشخاص مبتلا به آکلرئیدری باز نشده و در بیماران مبتلا به استوز پیلور در معده باقی میماند. دو مورد آنرا Patterson and Rouse گزارش کرده اند [۲].

علائم بالینی:

علائم بالینی بزوار به دو شکل تظاهر مینماید:

۱- **علائم حاد شکمی** بصورت انسداد روده ای مخصوصاً در بیمارانی که گاسترکتومی پارسیل شده اند دیده شده است. در این بیماران بعلت نبودن اسفنکتر پیلور تخلیه معده بسرعت و براحتی انجام میگردد و غذاهای هضم نشده و تکه های بزوار وارد روده شده و ایجاد انسداد مینماید حتی پس از خوردن سریع چند عدد پرتقال و غذاهای پر حجم و الیاف فیبری و سلولزی و یا بعلت خوب نجویدن مواد غذایی حالت انسداد دیده شده است. ولو لوس روده ای شایعترین عارضه است لذا باید به بیماران گاسترکتومی شده توصیه شود که غذا را آهسته خورده و خوب بجوند. [۱ و ۴ و ۵ و ۶ و ۹].

۲- **علائم مزمن:** بیشتر بصورت حالات تهوع و استفراغ و درد ناحیه اپی گاستراست که در ۷۰٪ موارد مشاهده میشود. ممکنست بیماری مدتها بدون علائم بالینی باقی بماند و علائم رآکسیون معده بستگی به حجم جسم خارجی (بزوار) و وضعیت کار فیزیولوژیک معده دارد. سایر علائم بصورت برجستگی شکم، احساس پری و سنگینی ناحیه اپیگاستر مشاهده می شود در موارد تریکوبزوار تنفس بدبو نیز ذکر شده است.

تابلوی کلینیکی بیشتر به حالات گاستریت - اولسره های پتیک و یا کارسینومای معده است. هموراژی بصورت هماتمز و ملنای ماسیو Massive گزارش شده است. وجود بزوار ممکنست سبب تحریک مخاط شده و عوارضی نظیر اروزیون - اولسراسیون - و پرفراسیون را ایجاد نماید.

بعلت وجود هوادر اطراف توده بزوار در لمس شکم گاهی کریپتاسیون دیده می شود [۸].

علائم پرتوشناسی:

تشخیص پرتوشناسی بزوار در ۷۰٪ موارد براحتی داده می شود. [۲] در رادیوگرافی ساده شکم در داخل معده تصویر تومرال غیر یکنواخت و متخلخل مشاهده میشود (شکل ۴۱) در وضعیت ایستاده ترشحات معده که معمولاً بشکل خط افقی مایع و هوامایان است در این بیماران بواسطه شناور بودن

از قبیل پوست و هسته میوه جات مثل زرد آلو - انگور - گوجه - آلو - انجیر - توسرخ - پرتقال - تنباکو - و الیاف چوبی نیز گزارش شده اند. ۷۷٪ موارد فیتوبزوار در نزد مردان و بعد از ۳۰ سالگی مشاهده شده است مخصوصاً در نزد شکارچیان و ورزشکارانی که باشکم گرسنه مبادرت به خوردن خرمالوی کال با آب زیاد مینمایند دیده میشود [۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۹ و ۱۰].

مطالعات زیادی در مورد اتیولوژی ایجاد فیتوبزوار و یا Diospyrobezoar انجام گرفته و ثابت شده است که پولپ خرمالوی نرسیده حاوی محلول Shibuol و Phlobotannin بوده که تحت اثر یک اسید ضعیف مثل اسید کلرئیدریک به ماده چسبنده تبدیل میشود که تکه های پولپ و تخم و پوست خرمالو را بهم می چسباند و بعلت وجود Shibuol خرمالو طعم قابض دارد و محتوی ۱۴٪ مواد صمغی و ۷٪ پکتین است [۲ و ۵ و ۸].

ژاپنی ها تکه های کوچکی از خرمالورا در شیر معده قرار داده و در طی چند ساعت بطور In vitro انعقاد آنرا نشان داده اند. De Bakey و Ochsner [۵ و ۱۰] معتقدند بزوار خرمالو در افرادی که اسید پتیه معده طبیعی و یا بیشتر از طبیعی دارند دیده میشود و تصور میکنند که هیپر سکرسیون اسید ثانویه بعلت تحریک مخاط معده بوسیله بزوار ایجاد میگردد. Chont در مطالعه ۲۶ مورد بیماری مشاهده کرده که ۹۲٫۴٪ بیماران اسید کلرئیدریک آزاد در معده داشته اند و فقط در دو مورد اسید آزاد معده وجود نداشته است [۵].

Chont مطالعات خود را با قراردادن قسمتهای مختلف خرمالو در محلولهای متفاوت اسید کلرئیدریک انجام داده و مشاهده کرده است که خرمالوی کال در هر محلول اسید کلرئیدریک (با یا بدون پپسین ولی نه در آب و یا محلول قلیائی) ایجاد بزوار میکند و معتقد است که وجود اسید کلرئیدریک در تشکیل بزوار لازم است و معده خالی بیش از معده پر از غذا مستعد ایجاد بزوار است [۳ و ۵].

تریکوفیتوبزوارها مخلوطی هستند از ترکیب موالیاف گیاهی ۳٪ بزوارها را تشکیل میدهد.

تشکیل بزوار قارچی و خمیری (Fungi and Yeasts) کاملاً روشن نیست و معمولاً پس از عمل گاسترکتومی پارسیل بیلروت I دیده شده است و ممکنست در ایجاد آن کاهش ترشح اسید و پپسین دخالت داشته باشد. [۷]

بزوارهای دیگر بعد از خوردن داروهای پاک کننده فلزات که در ساختمان آنها الکل و Shellac Resine بمقدار زیاد وجود دارد بندرت دیده شده است و همچنین در اثر خوردن

ممکن است .

تشخیص بین فیتوبزوار و تریکوبزوار و آروبزوارهای فارچی و خمیری بوسیله گاستروسکوپی و بیوپسی امکان پذیر میباشد. [۱۰].

پیش آگاهی و درمان: بدون درمان مریک و میر بیماران را تا ۵٪ بعثت اولسراسیون جدار معده و خونریزی و انسداد روده ای ذکر نموده اند. درمان انتخابی گاستروتومی و درآوردن بزوار است و اگر اولسراسیون در جدار معده باشد لازم است گاسترکتومی بعمل آید و پس از عمل رژیم سختی به بیمار داده میشود. در بیمارانی که گاستروتومی و یا گاسترکتومی شده اند مریک و میر ۴ تا ۵٪ گزارش شده است. [۲].

نتیجه

بزوار معده بیماری نادری است که دومورد آن شرح داده شد. نوع تریکوبزوار شایع تر از فیتوبزوار است و اغلب در دختران مبتلا به بیماری های روانی دیده میشود. بیمارانی که مادوشیزگان ده و پانزده ساله بدون اختلال روانی بوده اند که تشخیص آنها با پرتوشناسی داده شد و عمل جراحی تشخیص را تأیید نمود. علائم مشخص پرتوشناسی و در نظر داشتن این بیماری کمک به تشخیص آن مینماید.

بزوار توده نامنظمی از سطح مایع بیرون آمده که این سطح بصورت نامنظم دیده میشود. (شکل ۲ و ۵ از موارد اول و دوم) با دادن ماده حاجب سولفات دوباریم و یا هاپیک، اطراف توده بزوار آغشته گشته و در داخل معده بطور آزاد مشاهده میشود بطوریکه کناره های معده صاف و آزاد بوده و بزوار بشکل Filling Defect نمایان میگردد.

در رادیوگرافی تأخیری توده ژلاتینی بزوار آغشته به ماده حاجب در معده باقی میماند که تصویر آن مشخص است (شکل ۳ و ۶).

در نوع Fungi Yeasts بزوار خمیری شکل بود. پس از دادن ماده حاجب و یا انسوفلاسیون هوا در معده بزوار بشکل قالب یکنواختی از معده دیده میشود.

در مواردیکه بیمار گاسترکتومی شده و بزوار وارد روده کوچک میشود علائم انسداد روده کوچک دیده میشود.

تشخیص افتراقی بزوار با کارسینوم - لیومیوم - شوانوم مطرح است که توجه به سوابق بیماری و وضعیت Filling Defect و سالم بودن جدار معده کمک به تشخیص مینماید. **گاستروسکوپی:** در گاستروسکوپی بعثت حرکت توده بزوار تشخیص مشکل است چون بشکل توده قیر (Tar black) سیاه رنگ بوده و مواج است و تشخیص آن از یک تومور بدخیم غالباً غیر

REFERENCES

- 1_ Baumeister. F, Cari and Darling. D, Duane *Ann. Surgery.* 126: 251, 1947.
- 2_ Bockus, L. Henry. *Gastroenterology*, 1: 628, 1964.
- 3_ Dann, S, David. Rubin, Sidney. et al., *Arch. Inter. Medicine*, 103: 598-601, 1959.
- 4_ Mc Cabe, Robert. Graham Knox, W. *Arch. Surg*, 86: 264-266, 1963.
- 5_ Merey, J, Dennis. Means, Robert, L. et al., *Arch. Surg.* 71: 946-948, 1955.
- 6_ Moseley, Roger. *Arch Surg.*, 94: 290-291, 1967.
- 7_ Segal, A.W. et al. *Radiology*, 99: 723, 1971.
- 8_ Small, Allen, et al., *Amer. J. Gastroenterology.*, 50: 297-302, 1968.
- 9_ Spurzem, Robert, R. et al. *J. Surgery.*, 42: 493-495, 1957.
- 10_ Szemes, George, C., *Radiology*, 90: 765-768, 1968.