

بررسی عوارض اسکاریس در کلدوک و گزارش دو مورد آن

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۳، صفحه ۱۹۱، ۲۵۳۶

دکتر منیژه اقراری - دکتر ابوالقاسم رئیس سادات*

مقدمه:

با توجه به شدت آلودگی انسان به انگل اسکاریس که با رقمی بالغ بر ۶۵۰ میلیون تن در جهان، شایعترین انگل جهانی محسوب میگردد و از آن جهت که در کشور ایران تعداد مبتلایان نزدیک به ۱۵ میلیون تن تخمین زده میشود، اهمیت شناخت عوارض این انگل در اعضاء مختلف آشکار میگردد. راه یافتن انگل به مجاری صفرا از عوارضی است که مورد بحث این مقاله میباشد (۱-۶).

شرح حال

خانم س.، ۴۰ ساله، خانه دار، اهل وساکن الیگودرز بعلت تب، استفراغ، درد شکم در اطراف ناف و سردرد به بیمارستان پهلوی مراجعه کرده و بستری شده است. بیماری از دو ماه قبل به صورت استفراغ جهنده با دفع مواد زرد رنگ همراه با لرز و عرق، درد شکم در اطراف ناف، سردرد و سرگیجه شروع شده سپس تنگی نفس، تپش قلب و بی اشتها به نشانه های فوق اضافه گردیده است. سابقه بیماری شخصی و خانوادگی عمده ای را ذکر نمی کند.

در معاینه بالینی: بیمار بست باحال عمومی بالنسبه خوب، ملتحمه چشم مختصری زرد، دندانها کرم خورده و زبان صاف و بدون پرز است. در معاینه گوش و حلق و بینی: گردن عارضه ای وجود ندارد و صدا های قلب و ریه طبیعی است. شکم در اطراف ناف و هیپو-کندر راست سفت و دردناک است و کبد ۳ سانتیمتر زیر دندها لمس میشود، طحال بزرگ نیست. خیز مختصر در ساق و پشت پا وجود دارد. قدرت عضلانی دست و پا کاهش یافته و واکنش های

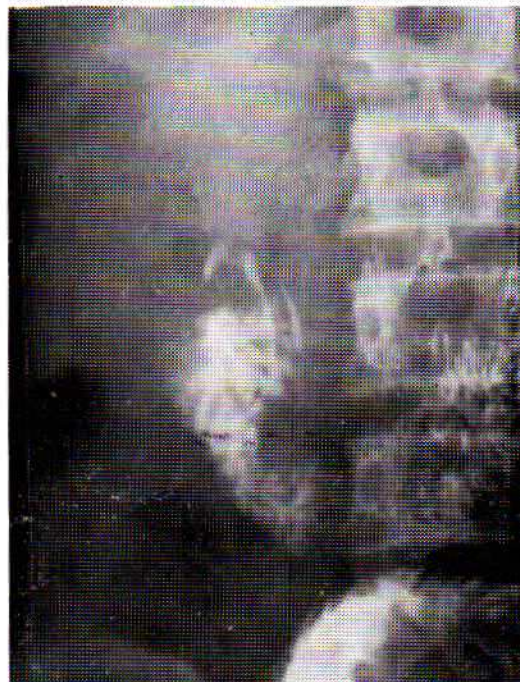
عصبی طبیعی است. درجه حرارت $37/8^{\circ}$ سانتیگراد، تعداد ضربان قلب ۱۰۴ در دقیقه، تعداد تنفس ۲۸ در دقیقه و فشارخون $95/50$ میلیمتر جیوه میباشد.

یافته های آزمایشگاهی: فرمول و شمارش خون: (روز دوم بستری شدن) تعداد گلبولهای سفید ۴۱۰۰ (با ۸۰٪ چند هسته ای، ۲٪ ائوزینوفیل، ۴٪ مونوسیت، ۱۴٪ لنفوسیت) هموگلوبین ۶/۴ گرم درصد، هماتوکریت ۲۲٪ همراه با همپوکرومی + آنیزوسیتوز + سلولهای هدف (target cells) بود. (روز نهم بستری شدن) گلبول سفید ۸۹۰۰ (۷۳٪ چند هسته ای، ۳٪ مونوسیت، ۲۴٪ لنفوسیت) هموگلوبین ۵/۹ گرم درصد، هماتوکریت ۱۷٪ همراه با همپوکرومی، آنیزوسیتوز و پوئیکیلوسیتوز، آزمون مانتو منفی، سرعت رسوب گویچه های سرخ در ساعت اول ۷۵ میلیمتر، بیلیروبین خون ۲ میلی گرم / ۱۰۰ که ۱/۵ میلی گرم آن مستقیم و ۰/۵ میلی گرم غیر مستقیم است. الکالن فسفاتاز ۲۵ واحد King (طبیعی ۱۰-۵۰ واحد) و اندکس پروترومبین روز پنجم بستری شدن ۴۸٪ و در روز چهاردهم ۷۶٪. نتیجه سایر آزمایشهای خون و همچنین آزمایش ادرار در حدود طبیعی است. در آزمایش مدفوع تخم انگل مشاهده نشد.

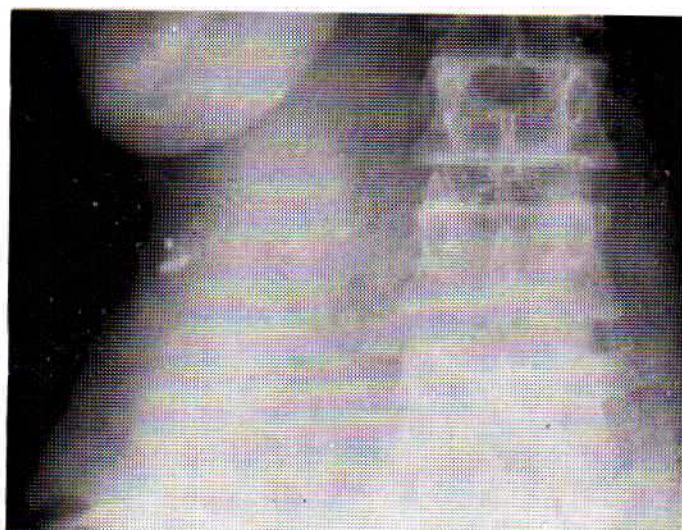
از بیمار رادیوگرافی ساده شکم و معده و دوازده به عمل آمد. در رادیوگرافی ساده شکم در سمت راست و ناحیه کبد تصاویر روشن خطی شکل دیده شد که وجود هوا را در مجاری صفرا مطرح ساخت (شکل ۱). پس از خوردن باریم و نمایان شدن معده و دوازده مقداری از ماده حاجب از راه اسفنکتر ادری وارد

* بیمارستان پهلوی، دانشکده پزشکی پهلوی دانشگاه تهران.

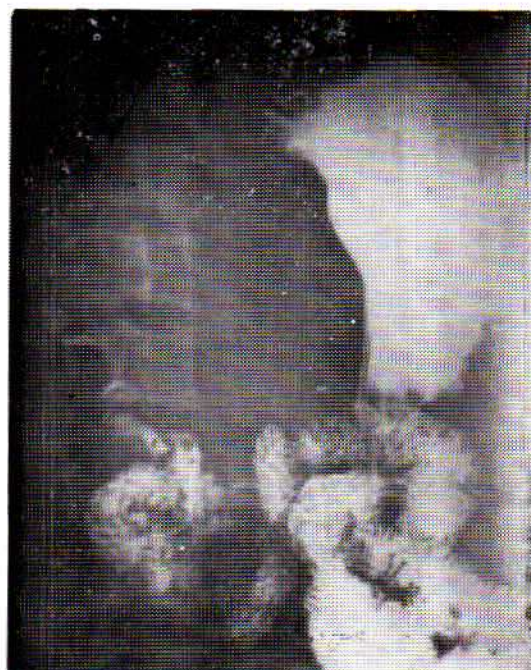
کلدوک گردید. کلدوک متسع و در داخل آن دو تصویر نواری شکل روشن دیده شد که نشانه وجود اسکاریس در کلدوک بود (شکلهای ۲، ۳، ۴). دنباله انگل نیز بصورت نواری روشنی در دوازدهه دیده میشد (شکل ۵). بعد از رسیدن ماده حاجب به انتهای ژژنوم تصویر چند اسکاریس در این قسمت از روده نیز وجود داشت (شکل ۶).



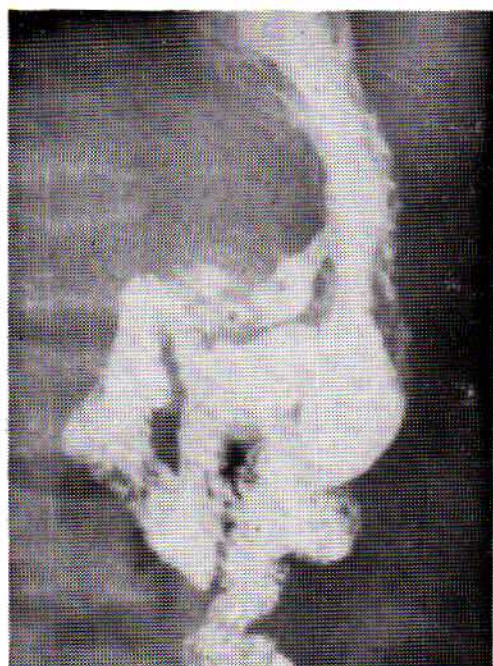
شکل ۱- رادیوگرافی ساده شکم: تصویر هوا در مجاری صغری دیده میشود.



شکل ۲- تصویر دیگری از اسکاریس در کلدوک.

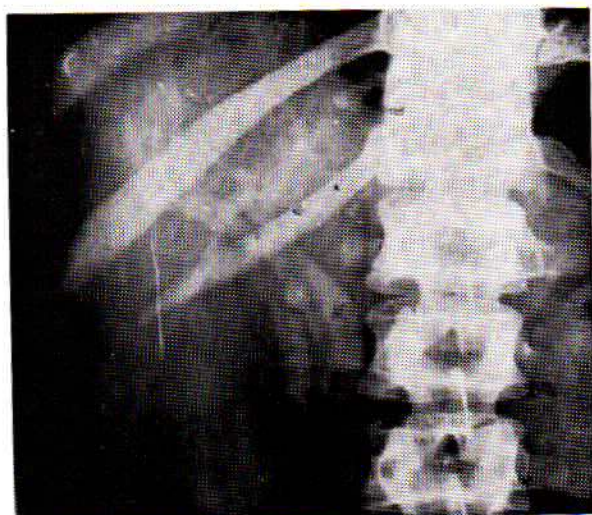


شکل ۳- در رادیوگرافی معده و دوازدهه کلدوک پر شده و متسع میباشد. دو نوار روشن در داخل آن مشهود است که مربوط به تصویر اسکاریس میباشد.



شکل ۴- در رادیوگرافی نیمرخ معده، کلدوک متسع و تصویر اسکاریس در آن دیده میشود.

طبیعی بودند. در کوله سیستوگرافی خوراکی که از بیمار بعمل آمد کیسه صفرا و مجراهای صفرا دیده نشد و لذا از بیمار کلانژیو-گرافی تزریقی بعمل آمد. در رادیوگرافیهای پس از تزریق ماده حاجب، کلدوک پر و نمایان شد که قطر آن بیشتر از حد طبیعی بود و یک تصویر روشن نواری شکل در کلدوک و شاخه چپ مجرای کبد مشاهده گردید که این تصویر اختصاصی اسکاریس بالغ در مجاری صفرا می باشد (شکل ۷).

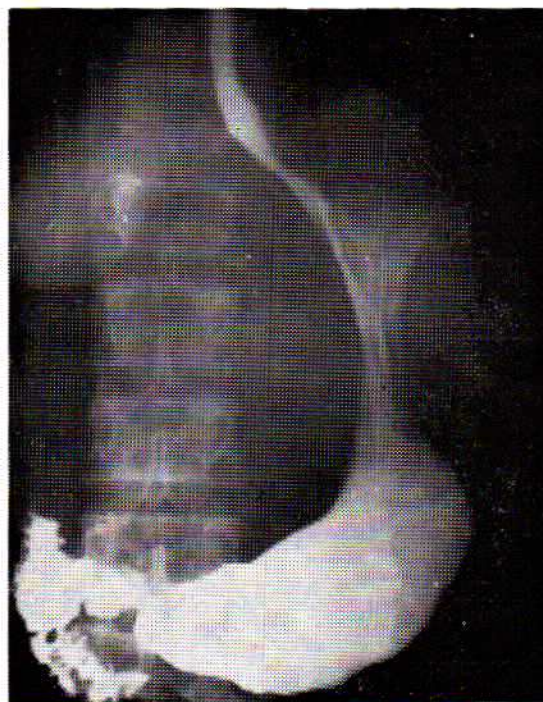


شکل ۷ - مورد دوم - در کلانژیوگرافی، کلدوک نمایان شده که بسیار متسع و تصویر اسکاریس بصورت یک نوار روشن در داخل آن دیده میشود که تا شاخه چپ مجرای کبد امتداد دارد.

بحث

اسکاریس مجاری صفرا نسبت به شیوع آلودگی روده ای آن نسبتاً نادر است و در حدود ۱/۵٪ عوامل انسدادی مجاری صفرا را شامل میشود. در ۵۲۸ مورد عارضه شکم بعلت اسکاریس که Louw در سال ۱۹۷۴ گزارش کرده، ۶۵٪ بصورت انسداد روده، ۲۵٪ عوارض مختلف دستگاه صفرا، ۵٪ پانکراتیت، ۵٪ آپاندیسیت حاد که حدود ۰/۵٪ آنها پریتونیت اولیه بوده اند (۷). Marg. ۱۳۹۸ مورد جایگزینی خارج روده ای اسکاریس را در نوشته های ژاپنی جمع آوری کرده که ۹۰٪ این موارد در اعضای داخل شکم و ۱۰٪ در سایر اعضا بدن مانند سر، قفسه سینه و دستگاه ادراری و تناسلی قرار داشتند. نیمی از جایگزینی های شکم مربوط به مجاری صفرا و یک چهارم آنها بصورت گرفتاری آپاندیس بوده اند (۹).

عوارض صفراوی اسکاریس در همه سنین دیده میشود و در زن ها و بچه ها کمی شایعتر است. این بیماری در کشور چین بسیار شایع است و از اینرو این عارضه بعنوان نشانگان (سندرم) انسداد صفراوی چینی ها obstruction syndrome of chines برده شده است (۵-۱۱).



شکل ۵ - دنباله اسکاریس در قسمت دوم دوازدهه دیده میشود.



شکل ۶ - در قسمتهای انتهایی ژژونوم تصویر چند اسکاریس مشهود است.

بیمار دوم:

خانم ح-م، ۳۵ ساله، به علت زردی مختصر و درد قسمت فوقانی و راست شکم به بیمارستان مراجعه کرد. در معاینه بالینی تنها نکته مثبت درد و حساسیت در اطراف ناف و سمت راست شکم و بزرگی لبراست کبد بود. کلیه بررسی های آزمایشگاهی در حدود

سیر اسکاریس در بدن

پس از خوردن تخم اسکاریس، لارو ایجاد شده از راه ورید باب به بستر عروقی ریه وارد میشود و معمولا پس از عبور از برونها مجدداً به دستگاه گوارش بازمی گردد و در داخل ژژونوم متمرکز می شود. در اثر تغییر محیط زندگی انگل: به علت پیدایش وضع غیرعادی، تغییرات PH، توقف ترشحات و یا استفراغ و نیز مواردی که تعداد زیادی اسکاریس در ژژونوم وجود دارد، ممکنست انگل از ژژونوم به دوازده و بالاخره کلدوک وارد شود.

گرچه در آلودگیهای شدید، لارو اسکاریس ممکنست از روده وارد جریان خون و در اعضاء مختلف جایگزین شود ولی این لارو بزودی از بین میرود و بنابراین تنها راه رسیدن کرم بالغ به بافت کبد از راه مجاری صفرا می باشد (۱۰-۱۳) و معمولا یک سوم طول اسکاریس در یکی از شاخه های کبدی (بیشتر شاخه چپ) قرار میگیرد. وقتی انگل بطور کامل از اسفنکترادی گذشت و وارد کلدوک شد، ترشحات انگل موجب تحریک و اسپاسم اسفنکتر گردیده از برگشت خود بخود اسکاریس به روده جلوگیری می کند. با وجود این، گاه امکان برگشت انگل به دوازده وجود دارد (۷-۱۱-۱۵-۱۲). حداکثر عمر اسکاریس در کلدوک یکماه است. با مردن انگل اسپاسم برطرف میشود ولی بقایای انگل مرده سبب تخریب مخاط مجاری صفرا و بالاخره تنگی آن شده زمینه برای ایجاد عفونت و سنگ مستعد می گردد.

در مطالعه دیگری که درباره آلودگی مجاری صفرا به انگل اسکاریس بعمل آمده است، در ۱۰٪ موارد همراه با این آلودگی سنگ در مجاری وجود داشته است که در یک سوم این موارد در مرکز سنگ بقایای انگل دیده شده است. به این جهت احتمالا آلودگیهای انگلی یکی از علل شیوع سنگ در دستگاه صفرا در شرق دور میباشد (۷-۱۱).

عبور اسکاریس از اسفنکترادی میتواند عوارض متعددی بصورت کلانژیئیت حاد، کله سیستیت، سنگ کلدوک، گانگرن و پارگی کیسه و یا مجاری صفرا، دمل کبد، التهاب کبد، التهاب لوزالمعده و کیست کاذب لوزالمعده ایجاد کند (۱۱-۱۵-۱۶). Sen شرح حالی را گزارش میدهد که پس از برداشتن کیسه صفرا، بیمار بعلت حملات مکرر کلانژیئیت تحت عمل جراحی مجدد قرار میگیرد. در روز دوم عمل نشانه های انسداد کامل لوله T ظاهر گردید. پس از خارج کردن لوله یک اسکاریس در آن مشاهده شد که عامل انسداد بود و نشانه های بیماری پس از درمان ضد انگل رو به بهبود نهاد (۱۴).

نشانه های بالینی

وجود انگل در کلدوک سبب نشانه های گوناگون بصورت درد شدید و متناوب در قسمت فوقانی شکم و استفراغ میشود. شروع درد معمولا ناگهانی و در شخصی است که پیش از آن از وجود این گونه نشانه ها هیچ شکایتی نداشته است. در معاینه بالینی حساسیت و سفتی مختصر در قسمت پائین و راست زائده گزیفوئید وجود دارد که بالاتر از محل درد در سنگ مجاری صفرا می باشد (۱۶). کبد در ۵۰٪ بیماران تا حدی بزرگست ولی زردی در تعداد کمتری (۲۰٪) از بیماران دیده میشود (۷).

در آزمایش مدفوع ممکنست تخم انگل دیده شود. بطور کلی در مناطقی که این بیماری شایع است پیش از اقدام به عمل جراحی روی لوزالمعده و مجاری صفرا کشیدن صفرا از کلدوک به منظور مشاهده تخم انگل در آن توصیه میشود (۱۲). در این گونه مناطق عده ای حتی یک دوره درمان ضد اسکاریس را پیش از انجام جراحی روی این دستگاهها پیشنهاد کرده اند (۱۴).

نشانه های رادیولوژیائی

عبور انگل از اسفنکترادی سبب نارسائی آن و ورود هوا به مجاری صفرا میشود که در رادیوگرافی ساده شکم قابل رؤیت است. از طرفی وجود مقداری هوا در اطراف انگل ممکنست ایجاد خطوط روشن موازی بشکل شلاق (whip like) کند (۱۳).

طریقه اختصاصی تر بررسی وجود اسکاریس در کلدوک، کلانژیوگرافی وریدی است. در کلانژیوگرافی پس از پر و نمایان شدن مجاری صفرا بوسیله ماده حاجب، انگل بصورت نوار روشنی در داخل ماده حاجب دیده میشود (۲-۳-۴-۹).

مواقعی که در رادیوگرافی معده و دوازده، اسکاریس در دوازده دیده شود، احتمال وجود انگل در مجاری صفرا افزایش مییابد. Louw معتقد است که اگر انتهای باریک انگل در داخل روده مشاهده شود و انتهای دیگر آن گرد و در محل آمپول و اثر ثابت باشد، انگل شروع به وارد شدن به مجاری صفرا کرده است. بندرت ممکنست حرکات انتهای دم انگل بصورت تصویر روشن و متحرک در مجاورت آمپول و اثر دیده شود. عبور یک اسکاریس راه را برای ورود تعداد بیشتری انگل بداخل کلدوک بازمی کند. بطوریکه گاهی تا ۴۸ انگل در کلدوک مشاهده شده است (۷-۱۰).

با آنکه عوارض صفراوی اسکاریس چندان نادر نیست، در عین حال بسیاری از مواردی که تاکنون گزارش گردیده است، پس از جراحی و دیدن انگل در مجاری تشخیص روشن شده است (۸). بسیاری

درمان

در مواردیکه وجود انگل در مجاری صفرا عارضه ایجاد نکرده بهتر است درمان بطور نشانه‌ای انجام شود، چون اسکاریس اغلب به دوازدهه بازمی‌گردد. این درمان شامل مصرف داروهای ضد اسپاسم، مسکن، تجویز مایعات از راه ورید، داروی ضد انگل و تخلیه معده می‌باشد. درمان جراحی محدود به مواردی است که درمان‌های قبلی مؤثر واقع نشده باشد و در بررسی مجدد، انگل در کلدوک همچنان دیده شود و یا عوارضی نظیر زردی شدید، بزرگی و نامنظمی کبد و پریتونیت ایجاد شده باشد (۴-۷-۱۵).

خلاصه

دومورد وجود اسکاریس در کلدوک گزارش شد. مورد اول بخصوص از این نظر که در ضمن رادیوگرافی معده و دوازدهه بعلت نارسائی اسفنکتر ادری ماده حاجب وارد کلدوک شد و تصویر اسکاریس را نمایان ... جالب و نادر است. مورد دوم مشابه گزارشهای قبلی این بیماری، در حین کلانژیوگرافی وریدی تشخیص داده شده است. این عارضه نشانه‌های بالینی اختصاصی ندارد و فقط آگاهی از وجود چنین عارضه‌ای و انجام رادیوگرافیهای لازم، راه رسیدن به تشخیص و اقدام به درمان مناسب بیمار می‌باشد.

از این بیماران ممکنست احتیاج به جراحی نداشته باشند و با درمان طبی بهبود یابند، از این رو پیدا کردن تخم انگل در آزمایش‌های مکرر مدفوع و شیره دوازدهه و نیز رادیوگرافی از مجاری صفرا و معده و دوازدهه در بسیاری موارد راهنمای تشخیص می‌باشد.

در اکثر موارد گزارشهای قبلی، انگل در دستگاه صفرا بطور اتفاقی در کلانژیوگرافی وریدی مشاهده گردیده است و موارد تشخیص اسکاریس در مجاری صفرا در رادیوگرافی معده و دوازدهه بسیار نادر است. بیمار ما نیز از موارد نادری است که به منظور بررسی وجود زخم معده و یا دوازدهه مورد عکسبرداری با ماده حاجب از معده و دوازدهه قرار گرفته است. از این رو بنظر می‌رسد این عارضه خیلی شایعتر از مواردیست که گزارش گردیده است و بطوریکه گفته شد اکثراً بمنظور یافتن بیماریهای مختلف دیگر وجود انگل کشف گردیده است و شاید در نظر داشتن این عارضه به پزشک و جراح کمک بیشتری کند تا جزء تشخیص‌های افتراقی نشانه‌های حاد شکم و زخمهای دوازدهه این عارضه را نیز در نظر داشته باشند.

REFERENCES :

- ۱- ارفع-فریدون و همکاران. اطلاعاتی در مورد درمان آلودگیهای کرمی روده. مجله نظام پزشکی، شماره ۲، سال چهارم، صفحه ۸۷.
- 2- Aggarwal, S. K., Demonstration of a round worm in the common bile duct. Am. J. Roentgen 91: 869, 1964.
- 3- Bonhomme, C. et al. A case of ascariidosis of the common bile duct. J, Radiol, Electrol. Med. Nucl. 57: 537, 1976.
- 4- Cremin, B. J. Biliary ascariidosis. Br. J. Radiol. 42: 506. 1969.
- 5- Cremin, B. J. Biliary ascariidosis in children. Am. J. Roentgenol. 126: 352 1976.
- 6- Faust, E. C. et al. Clinical Parasitology. P: 341-343, 8ed Lea & Febiger Philadelphia 1976.
- 7- Louw, J. H. Abdominal complication of ascariis. Br. J. Surg. 53: 510, 1966.
- 8- Nguyen_Dinh_Hoang. Ascariidose hepato_choledocienne diagnostiqué radiologiquement, Presse Med. 79: 958, 1971.
- 9- Marg, Alimentary tract roentgenology. P; 1274 V: II, C. V. Mosby Co. Saint Louis. 1973.
- 10- Paul, M. The movement of the adult ascariis lumbricoides. Br. J. Surg 59: 437, 1972.
- 11- Pfeiffermann, R. Ascariidosis of the biliary system. Arch Surg 105: 118, 1972.
- 12- Phillips, R. D. Surgical helminthiasis of the biliary tract. Ann. Surg. 152: 905, 1960.
- 13- Saw, H. S. Hepatic ascariidosis. Arch. Surg. 108: 733, 1974.
- 14- Sen, J. K. Ectopic ascariidosis. Br. M. J. 1: 447, 1972.
- 15- Turley, K. Biliary ascariidosis. Am. Surg 42: 166, 1976.
- 16- Wright, R.M. Ascariidosis of biliary system. Arch. Surg 86: 402, 1963.