

گزارش یک مورد بیمار مبتلا به کیستهای متعدد کاذب پانکراس متعاقب ضربه شکمی

دکتر احمد عزیزاده* - دکتر علیرضا محمدی** - دکتر مریم بزرگنیا***

* استادیار گروه رادیولوژی - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان پورسینا

** استادیار گروه رادیولوژی - دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان - بیمارستان پورسینا

*** دستیار گروه رادیولوژی

کلیدواژه‌ها: کیست نوزالمعده / نوزالمعده

مقدمه

کیست کاذب پانکراس یک عارضه پانکراتیت است که بخصوص در افراد بالای ۵۰ سال دیده می‌شود. ضربه‌های غیرنافذشکمی حدود ۵٪ از کل موارد کیست کاذب پانکراس را تشکیل می‌دهد. در جوانان کیست کاذب پانکراس می‌تواند بدنبال ضربه یا آنومالیهای مادرزادی آن مثل پانکراس حلقوی یا پانکراس Divisum دیده شود که معمولاً منفرد است و در این موارد پانکراس از نظر رادیولوژی غیرطبیعی است. بنابراین بسیار نادر است که فرد جوان باشد و کیست کاذب بصورت متعدد و با بافت سالم پانکراس در وی دیده شود.

معرفی بیمار

آقای ۲۴ ساله، ساکن تالش، کشاورز که با شکایت درد و تورم شکم به مرکز آموزشی درمانی رازی مراجعه نمود و بستری گردید. بیمار حدود ۴۰ روز قبل از مراجعه در حین رانندگی با تراکتور دچار سانحه با ماشین و ترومای غیرنافذ شکم و اندام شد، که مدت ۵ روز در بیمارستان تالش و متعاقب آن بمدت ۵ روز در بیمارستان انزلی بستری بود. در مدت بستری تحت درمان طبی بود و هیچ اقدام جراحی برای وی نشد. بیمار سپس با حال عمومی خوب ترخیص گردید. ۳ روز پس از ترخیص، مجدداً درد شکم بیمار اندکی افزایش یافته و ۱۰ روز بعد بیمار متوجه توده‌ای در قسمت اپیگاستر شکم گردید که در لمس درد داشت. درد ماهیت دائمی و سیر پیشرونده داشت محل درد مبهم بود و محدود به یک محل نبود ولی شدت آن در اپیگاستر بیشتر بود. درد پس از خوردن غذا شدت می‌یافت و همین امر سبب

بی‌اشتهایی وی می‌شد. بیمار هم‌اچوری نامتناوب را حدود ۳ دوره و هر دوره بمدت ۲ روز ذکر می‌کند. در سابقه شخصی و فامیلی وی بجز مصرف متناوب الکل با تناوب و حجم کم نکته دیگری وجود نداشت. در معاینه بیمار تب نداشت و درد شکم توده‌ای به ابعاد حدود ۱۵×۲۰ سانتیمتر که در لمس حساس بود، لمس می‌شد. در آزمایشات: افزایش قابل ملاحظه آمیلاز سرم و افزایش مختصر آنزیم‌های کبدی و لکوسیتوز داشت. بیمار سونوگرافی شد که تصویر کیستهای متعدد در ناحیه اپیگاستر، در جلوی پانکراس دیده شد که حاوی ویری بودند بافت پانکراس نرمال بود. دسی تی اسکن انجام شده ضایعات هیپودنس با جدار نازک و حاوی سیپتا با موقعیت درون صفاقی در ناحیه فوقانی و مرکزی، با گسترش به ناحیه زیرکبدی و با اثر فشاری برمعهده وطحال و کبد و با جایجایی قوسهای روده‌ای مشهود بود (عکسهای ۱ و ۲) تشخیص اولیه کیست هیدراتیک برای بیمار مطرح گردید. بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و نتیجه آسیب‌شناسی کیستهای متعدد کاذب پانکراس بود. بیمار پس از ۳ روز با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

بحث

پانکراس اندامی است که در بسیاری از موارد تظاهرات بالینی و رادیولوژیک بیماریها و ضایعات آن مبهم و در برخی موارد غیرمعمول است. کیستهای پانکراس به دو دسته کاذب و حقیقی تقسیم می‌شوند. کیستهای حقیقی می‌توانند مادرزادی باشند که کیستهای باکیپسول اندوتلیالی

تشخیص می‌باشند. نقش ERCP در بررسیهای قبل از عمل و جهت تعیین آناتومی پانکراس است دقت یافته‌های سونوگرافی بستگی به محل و انداز کیست دارد و برای ۳ کیستهای بالای افتراقی^{cm} حدود ۹۵-۹۰٪ است تشخیصها برای کیست کاذب پانکراس که برای بیمار فوق مطرح می‌باشد در درجه اول کیست هیداتیک است، که در کشور ما شیوع فراوانی داشتند و اگر از نظر دور بماند، جراحی بدون تجهیزات در برخورد با کیست هیداتیک نتایج تاسف‌باری بدنبال خواهد داشت. تشخیصهای افتراقی دیگر شامل: کیستهای حقیقی پانکراس- کیستهای با منشأ اعضاء مجاور پانکراس مثل کبد- طحال- کلیه- آدرنال و فلگمون. سیر و عوارض کاذب کیست پانکراس: در ۴۰٪ موارد بهبودی خودبخودی دارند که بصورت جذب مایع داخل کیست و یا تخلیه خودبخودی به یک لوپ روده می‌باشد. ۴ بیشتر دیده شده که کیستهای زیر خودبخودی قرار^{cm} تحت پسررفت می‌گیرند. بهبود خودبخودی معمولاً در ۶ هفته اول اتفاق می‌افتد و بیشتر از این زمان نیاز به مداخله جراحی دارد.

هستند، می‌تواند از نوع احتباسی باشند. گاه نیز فرم کیستیک تومور پانکراس دیده می‌شود. کیست کاذب پانکراس عبارتست از تجمعی از مایع شامل مواد نکروتیک دبری‌های پوتئینی و مواد آنزیمی که توسط کیسول فیبرینی احاطه می‌شود. پاتوژنز اصلی آن بخصوص در مراحل اولیه ناشناخته است اما معلوم شده که روند التهابی (حاد و مزمن) می‌تواند سبب تجمع مواد نکروتیک داخل پانکراس شود. عده‌ای دیگر معتقدند که پارگی اجزاء مجرای که مسئول ترشح اگزوکراین پانکراس می‌باشند می‌تواند شروع کننده بیماری باشد. کیست به دو فرم داخل پانکراس و اطراف پانکراس تقسیم می‌شود. و شایع‌ترین محل آن Lesser, Sac است می‌تواند به تمام شکم و نیز لگن گسترش یابد و حتی به مدیاستن خلفی نیز کشیده شود. و بطور کلی محل کیست در ۸۵٪ و در تنه و دم و ۱۵٪ موارد در سر پانکراس است. زمان تشکیل کیست کاذب پس از ۶-۱ هفته از پانکراتیت حاد، ۱۰-۸ هفته از تروما می‌باشد. سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن روشهای انتخابی جهت

منابع:

- Murfitt J, etal. The Pancreas. In: Sutton D. Textbook of Radiology and Medical Imaging. 15th ed. Edinburg: Churchill Livingston, 1993: 952-54.
- Federle MP. Abdominal Trauma. In: Margulis AR, Burhenne HJ. Alimentary Tract Radiology. Vol 2. 4th ed. St Louis: Mosby, 1989: 363.
- Leopold GR. Ultrasonography. In: Margulis AR, Burhenne HJ. Alimentary Tract Radiology. Vol 2. 4th ed. st Louis: Mosby, 1989: 1099.

Keywords: Pancreas/ Pancreatic cyst