

## خلاصه مقالات مهم در مجلات پزشکی جهان

همکاران) مخاط معده ۵۵ حیوان را با هلیکوباکتریلوری عفونی کردند. معده ۵ حیوان هر مرتبه در فواصل ۶، ۲۶، ۳۹، ۵۲ و ۶۲ هفته پس از عفونت مورد بررسی ماکروسکوپی و هیستولوژی قرار گرفت. در همه حیوانات بعد از ۶ هفته گاستریت فعال ایجاد شد، به مرور زمان و در فواصل گوناگون، ضایعه‌های دیگر معده از جمله زخم، پولیپ و متاپلازی انتستینال و سرطان (آدنوکارسینوما) و کارسینوئید دیده شد. پس از ۶۲ هفته، در میان ۲۷ حیوان که زنده مانده بودند ۱۶ مورد زخم (۵۹ درصد)، ۴ مورد پولیپ (۱۵ درصد)، ۱۰ مورد سرطان (۳۷ درصد) و ۳ مورد کارسینوئید دیده شد. در حالی که در حیواناتی که باکتری در مخاط آنها سکنتی (Clonization) نگزیده بود و به عنوان شاهد با همان شرایط نگهداری می‌شدند، هیچگونه تغییری دیده نشد. تمام بافت‌های سرطانی در آنتروم حیوانات پس از به وجود آمدن متاپلازی انتستینال ظهور کردند. یافته‌های به دست آمده از این آزمایش‌ها، نظریه رابطه سرطان معده با عفونت هلیکوباکتریلوری در انسان را تقویت می‌کند.

Watanabe T. et al. Gastroenterology 1998; 115: 642-648

متاستازهایی در سطح کبد و یا حفره شکم و پریتون (Peritoneum) رؤیت کند و از انجام لاپاروتومی بی‌بهره جلوگیری به عمل آورد.

امروزه در تمام مراکز جراحی پیشرفته لاپاروسکوپی تشخیصی در بیمارانی که کاندیدای لاپاروتومی هستند پس از رد وجود متاستاز به وسیله متدهای تصویری غیر تهاجمی و حتی سونوگرافی از راه آندوسکوپی، صورت می‌گیرد. عمل لاپاروسکوپی یا به وسیله متخصصین گوارش و یا خود جراحان قبل از لاپاروتومی انجام می‌گیرد و تشخیص لاپاروسکوپی جزو معاینات لازم قبل از هر لاپاروتومی در بیماران مبتلا به تومور دستگاه گوارش است. البته همان طور که می‌دانیم، در عمل لاپاروسکوپی فقط ۷۰ درصد سطح کبد و سطح پریتون در دید لاپاروسکوپی قرار دارد و نیز امکان گسترش و وسعت تومور در محل بروز قابل بررسی نمی‌باشد؛ و به همین جهت با وجود این متد تشخیصی، در ۱۰ تا ۲۷ درصد از موارد هنگام لاپاروتومی (به علت امکان دید بهتر و لمس اعضاء و بافت و توان یافتن متاستازهای غیر قابل تشخیص با لاپاروسکوپی) متاستاز دیده می‌شود و جراحی با هدف معالجه کامل را غیر ممکن می‌سازد.

\* - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان دکتر شریعتی، تهران

### عفونت هلیکوباکتریلوری در معده موش صحرایی (Gerbils) تولید سرطان می‌کند.

ترجمه و تلخیص از: دکتر صادق مسرت\*

علاوه بر زخم پپتیک و لنفوم مخاط معده، برپایه شواهد بسیاری هلیکوباکتریلوری از مهمترین عوامل مؤثر در ایجاد کارسینومای معدی است. باکتری هلیکو با تغییرات مخاط معده به طرف آتروفی منتشر در آنتروم و بدنه معده پس از طی چندین دهه باعث سرطان می‌شود. البته عوامل دیگر سبب‌ساز سرطان که مربوط به وراثت و یا محیطی هستند در کنار عفونت مخاط معده با این باکتری مجال بروز بیشتری می‌یابند. اکنون معلوم شده است که موش صحرایی حیوان مناسبی برای بررسی این تغییرات است. گروهی از محققین در ژاپن (Watanabe و

### درمان سرطان کبد (Hepatocellular Carcinoma) با سوماتواستاتین (Somatostatin)

ترجمه و تلخیص از: دکتر صادق مسرت\*

اهمیت لاپاروسکوپی از نظر تشخیصی برای امراض مختلف مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به خصوص به کاربرد آن برای کم کردن جراحی‌های بی‌حاصل در بیماران مبتلا به تومورهای دستگاه گوارش همراه با متاستاز اشاره شد. در مقاله‌ای که Arnold و همکاران نوشته‌اند مجدداً به مؤثر بودن تشخیص متاستازهای داخل شکم به وسیله لاپاروسکوپی پرداخته و تجارب خود و دیگران را در جدولی که در اینجا نشان داده می‌شود آورده‌اند از ۱۰۳۸ نفری که مبتلا به تومورهای مختلف دستگاه گوارش فوقانی (مری، معده و پانکراس) و قبلاً به وسیله سونوگرافی و CT-Scan وجود متاستاز در آنها رد شده بود لاپاروسکوپی تشخیصی توانست بین ۲۳ تا ۳۸ درصد از آنها

Arndt J.C et al "Improved tumor staging by diagnostic Laparoscopy" Z.Gastroentero 1999;37:483-488

## درمان پرکوتانه کیست هیداتیک کبد

ترجمه از: دکتر سهیلا روحانی\*

### توضیح:

آوردن خلاصه این مقاله بدین جهت است که کیست هیداتیک در ایران نسبتاً شایع است و گواه بر این امر موارد بستری و پرونده‌های آسیب‌شناسی بیمارستان‌های دانشگاهی است. کنکاش پرونده‌های ۱۰ ساله بخش آسیب‌شناسی یکی از بیمارستان‌های دانشگاهی ابتلاء ۱۶۲ مورد کیست هیداتیک را در خلال ۱۰ سال نشان می‌دهد<sup>(۱)</sup>. در این ابتلاء بیشترین گرفتاری را کبد داشته است.

در شماره‌های پیشین مجله نیز مقالاتی در این مورد بوده است.

مترجم و ویراستاری مجله

کیست هیداتیک در برخی نواحی (از جمله نواحی مدیترانه‌ای و نواحی‌ای از ایران<sup>(۲)</sup>) آندمیک است. کیست می‌تواند بدون علامت، با علائم موضعی ناشی از فشار کیست، و ندرتاً با علائم مهلک شوک آنافیلاکتیک باشد. عمل جراحی در کیست‌های نسبتاً بزرگ با برداشتن آن انجام می‌شود. بدیهی است که عمل جراحی می‌تواند با عوارض، مخارج و بستری شدن‌های طولانی و مرگ و میر همراه باشد؛ از این رو تلاش می‌شود که از شیوه‌های دیگر درمانی استفاده شود. استفاده از داروها (گروه بنزیمیدازول مانند آلبندازول و میندازول) و به کارگیری درمان از طریق پوست از آن جمله‌اند.

در این بررسی ۷۲ بیمار (۴۴ مرد، ۲۸ زن در سنین ۱۰ تا ۶۹ سال با متوسط سن ۳۵ سال که برخی از آنها چند کیست داشته‌اند، در مجموع ۱۰۶ کیست) تحت درمان قرار گرفتند. کیست‌های هیداتیک تیپ I (دارای مایع خالص Pure Fluid) تیپ II (کیست دو قسمت شده توسط یک دیواره) تیپ III (تجمع مایع و وجود کیست‌های دختر و قابل تخلیه)، در این بررسی وارد شدند. نوع دیگری از تیپ III وجود دارد که قابل تخلیه نیست (به خاطر محتوای سفت و غیرقابل تخلیه)؛ این تیپ به علاوه تیپ IV (کیست دارای محتوای هتروژن) و تیپ V (کیست دارای دیواره کالسیفید) در این بررسی وارد نشدند.

در این ۷۲ بیمار ۵۶ بیمار یک کیست داشتند، هشت بیمار دو کیست، چهار بیمار سه کیست، یک بیمار چهار کیست و دو بیمار پنج کیست داشتند.

شایعترین علامت سبب‌ساز مراجعه<sup>(۲)</sup> (Presenting Symptom) درد یک چهارم فوقانی و راست شکم یا RUQ (در ۲۷ بیمار) و بعد از آن درد شکم و احساس تورم (۱۳ بیمار) بوده است.

بقیه بیماران در هنگام مراجعه علامتی نداشته‌اند.

بیماران جهت درمان پروفیلاکتیک (پیش‌گیرنده) آلبندازول به میزان ۱۵ تا ۲۰ میلی‌گرم برای هر کیلو دو بار در روز از راه دهان دریافت کردند. این درمان از یک هفته قبل از انجام PAIR (پونکسیون، آسپیراسیون - تزریق و سپس آسپیراسیون مجدد) شروع شد و به مدت چهار هفته ادامه یافت. در این بررسی یک تیم هوش‌بری نیز وجود داشت که در صورت بروز علائم افزایش حساسیت (Hypersensitivity) اقدام کند. جهت PAIR از بی‌حسی موضعی و تزریق آرامبخش وریدی استفاده شد.

تکنیک کار بر اساس اندازه کیست بود، کیست‌های کوچکتر از ۶ سانتی‌متر قطر (۶۶ مورد) با PAIR (یعنی تخلیه، آسپیراسیون، تزریق و سپس آسپیراسیون مجدد) درمان شدند و کیست‌های بزرگتر از ۶ سانتی‌متر (۴۰ مورد) با تکنیک کاتاتریزاسیون تخلیه شدند. یک کیست ۶ سانتی‌متری (۶ سانتی‌متر قطر) حدود ۱۰۰ cc حجم دارد، بنابراین کاتاتریزاسیون جهت تخلیه آن اطمینان‌بخش‌تر است، بعد از آن الکل خالص تزریق می‌شود که بتواند با اثر اسکروزکننده خود کیست را زودتر جمع کند.

### تکنیک PAIR:

۱ - جهت تخلیه (پونکسیون) کیست با سوزن ۱۹ (19-gauge sheathed) تحت راهنمایی سونوگرافی وارد کیست می‌شویم.

۲ - سپس نیمی از کیست را تخلیه می‌کنیم سپس در حدود  $\frac{1}{3}$  حجم کیست به داخل آن سرم هیپرتونیک ۲۰ درصد وارد می‌کنیم.

۳ - بیست دقیقه صبر می‌کنیم.

۴ - سپس کیست را آسپیره می‌کنیم.

اما تکنیک کاتاتریزاسیون تا حدی فرق دارد. در این تکنیک بعد از تزریق سرم هیپرتونیک یک کاتاتر (6-9 French Pigtail Catheter) را به مدت ۲۴ ساعت قرار می‌دهیم. بعد از آن از راه کاتاتر سیستوگرافی می‌کنیم (با تزریق ماده حاجب) اگر سیستوگرافی هیچ نوع ارتباطی بین این کیست و مجاری صفراوی را نشان نداد، معادل حجم نیمی از کیست، الکل خالص به درون کیست تزریق می‌کنیم و مدت بیست دقیقه صبر می‌کنیم تا اثر کشنده پروتواسکولکس‌ها اعمال شود همچنین اثر اسکروزکننده الکل باعث تجمع بهتر کیست می‌شود، بعد از آن کیست را آسپیره می‌کنیم.

۲- آورده شده توسط ویراستار

۱ - مترجم

۷۰ نفر از ۷۲ بیمار درمان شدند. ولی دو مورد عود (۲/۸٪) وجود داشت. مرگ و میر وجود نداشت، پراکنده شدن در شکم و یا انتشار در مجاری رخ نداد. عوارض کم‌اهمیت (Minor) کبیر و تب بود که در ۸ بیمار بروز کرد (۱۱/۱٪) و عارضه پراهمیت (Major) که عبارت از عفونت حفره کیست بود در ۲ بیمار (۲/۸٪) رخ داد، هم چنین ایجاد فیستول صفراوی در ۴ بیمار (۵/۶٪) دیده شد. متوسط زمان بستری شدن ۱۷ روز در موارد با کمپلیکاسیون و یک روز در موارد غیر کمپلیکاسیون بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پی‌گیری طولانی‌مدت درمان پرکوتانه کیست هیداتیک کبد با در نظر گرفتن نتایج کوتاه‌مدت، روشی بی‌خطر و مؤثر و با زمان بستری شدن کوتاه است و در موارد گزیده شده با بهبود کامل و زمان بستری شدن بسیار کوتاه همراه می‌شود.

\* - استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران  
(۱) - سهیلا روحانی - صدیقه پاک‌نیت. بررسی کیست‌های هیداتید عمل شده در بیمارستان شهدای تهران - مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال هجدهم شماره ۲ صفحه ۵۴ - ۴۸ سال ۱۳۷۳  
مأخذ:

Usyunsoz B., et al "Percutaneous treatment of hydatid cysts of the liver: Long-term results" Amer.J.Radiology 1999;172:91-96

ماه و در گروه شاهد ۶/۶ ماه بود. پس از خاتمه بررسی فقط ۲ نفر از ۵۸ بیمار مورد تحقیق، زنده مانده بودند ولی متوسط عمر در گروه درمان شده (۱۳ ماه) بیشتر از گروه خارج از درمان (۴ ماه) بود. در تمام بیمارانی که درمان نشده بودند پس از اولتراسوند معلوم شد که اندازه تومور در کبد بزرگتر شده است. اندازه رشد تومور در گروه درمان شده کمتر و حتی در چند بیمار تومور کوچکتر هم شده بود. حال عمومی بیماران درمان شده به مدت طولانی در ۵۳ درصد خوب بود، در صورتی که در بیماران شاهد هیچگونه بهبود عمومی مشاهده نشد. درمان‌های دیگر در بیمارانی که عمل جراحی بر روی آنها میسر نیست با عواقب مختلف همراه و ضمناً تهاجمی است اما درمان با سوماتواستاتین که برای بیمار قابل تحمل است و عواقبی ندارد از این رو ارجح است، اما به دلیل گران بودن دارو در جوامع دچار فقر اقتصادی نمی‌تواند کاربردی عمومی پیدا کند.

\* - استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمارستان دکتر شریعتی، تهران  
مأخذ:

Kouroumalis E. et al : Gut 1998; 42 : 442-447

اگر ارتباطی بین کیست و مجاری صفراوی در سیستوگرافی مشخص شد، نایبستی الکل تزریق شود، زیرا ممکن است سبب کلاتریت اسکروزان شود.

بعد از تکنیک PAIR و یا تکنیک کاتاتر محتوای آسپیره شده را جهت آزمایشگاه می‌فرستیم (قبل و بعد از تزریق) اگر با قرمز خنثی (Neutral Red) رنگ گرفت دلیل بر زنده بودن محتوای کیست (پروتواسکلولکس‌ها و ... است) اگر با رنگ متیلن بلو و انوزین رنگ گرفت دلیل بر غیرزنده بودن آنهاست. نتایج: بعد از PAIR یا کاتاتریزاسیون، بیماران هر سه ماه در سال اول هر شش ماه در سال دوم و سپس هر سال یک بار بعد از آن مورد بررسی سونوگرافی قرار گرفتند. متوسط پی‌گیری بیماران ۳۷ ماه بوده است.

در نخستین سونوگرافی که سه ماه بعد از PAIR یا کاتاتریزاسیون انجام شد نتایج زیر ملاحظه شد:

در کاتاتریزاسیون ۸۷٪ حجم کیست و در PAIR حدود ۷۳/۵٪ حجم کیست کاهش یافته بود، تغییرات نخست بعد از درمان جدا شدن (detachment) آندوکیست و از بین رفتن نظم آندوکیست به همراه حجم مایع داخل کیست بود. در این حالت دیواره کیست نامنظم و ضخیم می‌شود.

میانگین زمانی که منظره Solid پیدا می‌شود در PAIR حدود ۱۹ ماه و در کاتاتریزاسیون حدود ۲۶ ماه بوده است.

## پیشرفت و طبقه‌بندی سرطان‌های گوارش به

## وسیله لاپاروسکوپی تشخیصی در یکی از

## مقاله‌های منتشره در مجله گاستروآنترولوژی

ترجمه و تلخیص از: دکتر صادق مسرت\*

تا به حال سرطان کبد در صورتی که با سیروز پیشرفته همراه نبود و تومور هم محدود به یک موضع کبد می‌بود، برداشتن آن از راه جراحی انجام می‌شد و در غیراین صورت در شرایط خاصی از تزریق الکل یا اسید استیک و یا در صورت بزرگ بودن تومور، از روش درمانی Chemoembolization و یا پیوند کبد استفاده می‌شد. اکنون در یک بررسی که در یونان انجام گرفته است Kouroumalis و همکاران، اثر سوماتواستاتین با مقدار  $500 \mu\text{g}$  دو مرتبه در روز از راه پوست را در

یک گروه به صورت راندوم ( $n = 28$ ) و گروه شاهد بدون درمان ( $n = 30$ ) مورد تحقیق قرار دادند. بیماران قابل جراحی از بررسی خارج شدند و مدت زمان بررسی در گروه درمان شده ۱۴