

تشخیص اسکاریازیس مجاری صفراوی با سونوگرافی

از: دکتر عباس هنربخش*

خلاصه:

ابتلاء به اسکاریس در مجاری صفراوی بخصوص کیسه صفرا بسیار نادر است. سونوگرافی بهترین وسیله غیرتهاجمی برای تشخیص و پیگیری و درمان آن است. علائم پیدا شده در سونوگرافی در کلدوک به شکل یک تصویر لوله‌ای شکل دراز آکوژن بدون Shadow بوده که گاهی مرکز آن بدون اکو است. در مواردی که اسکاریس خودبه‌خود از مجاری صفراوی و کیسه صفرا خارج می‌شود با سونوگرافی میتوان آن را کنترل کرد. با گزارش یک مورد تشخیص اسکاریس در کلدوک با سونوگرافی و مرور مقالات دیگر نتیجه می‌گیریم که: سونوگرافی یک وسیله تشخیص ساده، سریع، ارزان و قابل تکرار برای تشخیص و پیگیری بیماران مبتلا به اسکاریازیس است. در صورتی که E.R.C.P (آندوسکوپی رتروگراد کلاتریوپانکراتوگرافی) تکنیکی است که به آسانی نمی‌توان در تمامی این بیماران به کار گرفت و با اشکالات و محدودیت‌هایی همراه است.

مقدمه و اپیدمیولوژی:

اسکاریس لمبریگوئیدیس یکی از انواع کرم‌های گرد است که در اکثر نقاط جهان شیوع دارد و از فراوان‌ترین پارازیت‌هایی است که انسان را مبتلا می‌سازد.

روی هم رفته نزدیک به ۶۴۴ میلیون نفر مبتلا به اسکاریس بوده که ۷۰ - ۹۰ درصد آن مربوط به کشورهای حاشیه خلیج فارس - آمریکای لاتین - نیجریه و آسیای جنوب شرقی است. در آمریکا تعداد سیاهان ۱۲ درصد و سفیدپوستان ۱ درصد مبتلایان را تشکیل می‌دهد.^(۹) درازای اسکاریس بالغ ۱۵ - ۳۵ سانتیمتر است که در سال ۲۰۰ هزار تخم تولید می‌کند، عمر کرم بالغ یک سال است.

آلودگی انسان از طریق خاک - سبزیجات آلوده به تخم آن صورت می‌گیرد. هنگامی که تخم‌ها وارد دوازدهه می‌شوند، لاروها از تخم خارج می‌گردند و از جدار روده کوچک عبور می‌کنند، بعد از طریق ونول‌ها و عروق لنفی مزاتر به قلب راست می‌رسند و از طریق شریان ریوی در بستر کاپیلرهای ریوی جا می‌گزینند و در این ناحیه رشد می‌کنند و هنگامی که درازای آنها به ۲ - ۳ میلیمتر می‌رسد از جدار الوئل می‌گذرند و وارد آن می‌شوند و به تدریج راه‌های هوایی را به طرف بالا سیر می‌کنند تا به حلق می‌رسند، سپس در ناحیه حلق بلعیده می‌شوند و از طریق مری وارد دئودنوم و ژژنوم می‌شوند. اصولاً اسکاریس تمایل دارد که به سوراخ‌های داخل لومن روده وارد شود (وارد شدن به داخل فیستول‌ها و مجاری صفراوی از آن جمله است) محل اصلی زندگی اسکاریس ژژنوم است. در ۹۹ درصد موارد اسکاریس در ژژنوم قرار دارد.^(۹)

از عوارض اسکاریازیس، وارد شدن کرم به داخل مجاری صفراوی است.^(۱۱) این گرفتاری یکی از گرفتاری‌های شایع مجاری صفراوی در نواحی آندمیک محسوب می‌شود. البته اسکاریازیس کیسه صفرا بسیار نادر است.^(۵،۳) سن آلودگی بیشتر از ۱ تا ۱۲ سالگی است.

علائم بالینی:

اسکاریس در شکم می‌تواند علائم انسداد نسبی یا کامل همراه با درد را ایجاد کند. در آپاندیس به شکل آپاندیسیت، در ریه‌ها به شکل پنومونی و

در مجاری صفراوی به شکل انسدادهای متناوب همراه با درد - زردی - کلاتریت بروز می‌کند. در موارد نادر با ایجاد گرانولوم در کلدوک و یا به شکل آبسه کبدی ظاهر می‌شود که بسیار نادر است. در فیلم‌های گرفته شده در پی خوردن باریم، نقص پرشدگی در روده‌ها دیده می‌شود، گاهی هم باریم داخل اسکاریس می‌شود. در مواقعی که اسکاریس بر روی هم تا می‌خورد و کلاف ایجاد می‌کند (Coiling)، می‌تواند عوارضی چون انسداد مکانیکی و در پی آن سوراخ شدن روده را به وجود آورد.

بیمار ما خنمی است ۳۵ ساله اهل مازندران که به علت دردهای متناوب R.U.Q - تب و زردی به پزشک مراجعه کرده است. در آزمایش‌های انجام شده بیمار، الکالان فسفاتاز و بیلروبین بالا و لکوسیتوز ۱۳ تا ۱۵۰۰۰ بوده است. ضمناً در آزمایش مدفوع تخم اسکاریس به مقداری زیاد دیده شده است. این بیمار جهت سونوگرافی ناحیه کبد - کیسه - مجاری صفراوی به ما معرفی شده است.

سونوگرافی بیمار در حال ناشتا در وضعیت Supine با پروب الکترونیکال کانوکس ۳/۵ مگاهرتز با قطع‌های طولی ترانسورس و مایل از کبد، کیسه - مجاری صفراوی انجام می‌شود. یافته‌های به دست آمده به شرح زیر است:

(۱) ابعاد کبد در لب راست و چپ طبیعی و اکومورفولوژی آن یکنواخت است.

(۲) قطر مجاری صفراوی داخل کبدی در لب راست طبیعی ولی در لب چپ کمی متسع است.

(۳) قطر کلدوک ۱۰ الی ۱۱ میلیمتر است که طبیعی آن ۶ الی ۷ میلیمتر در سونوگرافی است. ضمناً تصویری آکوژنیک، دراز و با حاشیه‌ای صاف و منظم در تمام کلدوک و قسمتی از شاخه چپ مجرای صفراوی دیده می‌شود که دارای سایه (Shadow) نبوده، حرکت هم ندارد. (شکل ۱) در شاخه‌های داخل کبدی لب چپ مجرای دوشیاری، Double Channel واضح به همراه اتساع دیده می‌شود، که این اتساع ثانویه بوده، نتیجه قرار گرفتن قسمتی از اسکاریس در تنه چپ مجرای صفراوی خارج کبدی است.



بحث و تفسیر:

آسکاریازیس یکی از آلودگی‌های رودهای شایع در خاور دور، آمریکای لاتین و آفریقا است.^(۱) زیستگاه کرم بالغ بیشتر روده‌هاست ولی در مواردی هم از طریق سوراخ‌ها یا مجاری مهاجرت می‌کند.^(۲) مهاجرت کرم از طریق پایی آمبول و اثر و به صورت رتروگراد (پس نورد) است که سبب‌ساز عوارض عمده‌ای می‌شود. آسکاریس اغلب در مجاری صفراوی و به ندرت در کیسه صفرا جا می‌گزیند.

در آمارها آسکاریازیس کیسه صفرا را ۲/۱ درصد گزارش کرده‌اند و در برخی از آمارها که تعدادی از مبتلایان اسکاریازیس مجاری و کبد داشته‌اند، آسکاریازیس کیسه صفرا گزارش نشده است.^(۷)

البته در موارد نادر آسکاریازیس کیسه صفرا را با جراحی تشخیص داده‌اند.^(۳ و ۴) آنومالی‌های مجرای سیستیک در مواقعی که ابتلاء از راه پایی است عاملی است که سبب تسهیل مهاجرت آسکاریس به داخل کبد و مجاری صفراوی می‌شود و همین طور است حاملگی که در این مورد هورمون‌ها کمک به شل شدن عضلات اسفنکتر و گشاد شدن آن می‌کنند و سبب می‌شوند که عبور آسکاریس به داخل مجاری صفراوی به راحتی انجام گیرد. آنومالی‌های مجرای سیستیک در ۵۰ درصد از بیماران آسکاریازیس این مجاری گزارش شده است.

سونوگرافی یک وسیله بسیار خوب برای تشخیص آسکاریازیس کیسه - مجاری صفراوی است و ضمناً می‌توان از سونوگرافی برای پیگیری درمان آسکاریازیس هم کمک گرفت.

در سونوگرافی آسکاریس به شکل تصویری توپولار لوله‌ای اکوژنیک بدون Shadow است که نمای یک لوله (Tube Sign) یا ماریج را دارد، اگر

آسکاریس در کیسه صفرا باشد ایجاد یک سپتوم را می‌کند. این جسم توپولار در مواردی دارای یک تصویر اکولوسنت نازک طولی در مرکز خود است که نشانه دولول (Double Tube Sign) را ایجاد می‌کند. کرم یا داخل کیسه صفرا و دارای حرکت است که شکل زیگزاگ را به وجود می‌آورد (این حرکت نشان‌دهنده یک کرم زنده) و یا این که در مجاری است که در این صورت حرکت کرم در مجاری صفراوی بسیار نادر و آهسته است^(۵) و اگر باشد حرکت آن نوسانی یا موج‌دار با دامنه کوتاه است (Undulating).^(۳ و ۵)

E.R.C.P یک وسیله بسیار خوب برای تشخیص آسکاریازیس در مجاری صفراوی است^(۶) ولی در بعضی از مطالعات E.R.C.P را برای تشخیص آسکاریس کیسه صفرا مفید و باارزش ندانسته‌اند. اکثراً اگر قبلاً آسکاریس را با سونوگرافی تشخیص نداده باشیم با E.R.C.P نمی‌توان به تشخیص رسید که این به واسطه زیاد بودن مقدار کنتراست میدیای وارد شده و بالا بودن دانسیته آن است. استفاده از ماده حاجب خوراکی یا O.C.G برای کیسه صفرا کمک چندانی نمی‌کند.^(۸)

با E.R.C.P می‌توان آسکاریس را خارج کرد بدون این که اسفنکتر تومی به عمل آید به دلیل این که سوراخ پایی به اندازه کافی به واسطه مهاجرت قبلی کرم گشاد شده است.

خارج کردن آسکاریس از کلدوک و مجرای سیستیک به تعداد یک مورد نیز گزارش شده است که این مورد به علت از بین رفتن علائم بالینی موردی رضایت‌بخش بوده است.

در مواردی از نظر بالینی علائم آسکاریازیس شبیه علائم سنگ کیسه صفرا است. در موردی اگر آسکاریس با استفراغ خارج شود تشخیص آن آسانتر می‌شود. درمان آسکاریازیس کیسه صفرا مثل آسکاریس مجاری صفراوی کنسرواتو است.^(۱۰)

*- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز آموزشی و درمانی فیروزگر، بخش رادیولوژی

مراجع:

- Gabaldon A , Mofidi C , Morishta K et al : "Control of Ascariasis" (Report of an W.H.O Committee) 1967 - 379 : 6
- Khuroo Ms, Zargar SA : "Biliary Ascariasis": Gastroenterology 1985, 88 : 418
- Schulman A, Loxton AJ, Heydensych JJ, et al "Sonographic Diagnosis of Biliary Ascariasis" AJR 1992, 139: 485
- Cerri GC , Leite GJ , Somoes JB : "Ultrasonographic Appearances in Biliary Ascariasis : Radiology" 1982 , 146 : 753
- Khurooms , Zargar SA , Mahjan R , et al : "Sonographic Appearances in Biliary Ascariasis : Gastroenterology" 1987 , 93 : 267
- Philip RP , Yune HY : "Surgical Helminthiasis of the Biliary Tract" Ann Surg. 1960, 152 : 905
- Crenin BJ , Fisher RM : "Biliary Ascariasis in Children" AJR 1976, 126 : 352
- Stephen CH j, Yangmr , Laube PJ . "Biliary Ascariasis Report of 19 Cases" Ann Suer 1946, 123 : 299
- Wolfgang Dahnert , M.D. : "Radiology Review Manual" Second Edition P 496
- Zargar SA , Khuroo MS , : "Treatment of Biliary Ascariasis and Rational Letter" : Gastroenterology 1982 , 93 : 6688