

# عوارض آسکاریوزیس در مجاری صفراوی و پانکراس

دکتر سید مؤید علویان

دکتر مرتضی خطیبیان

مقدمه :

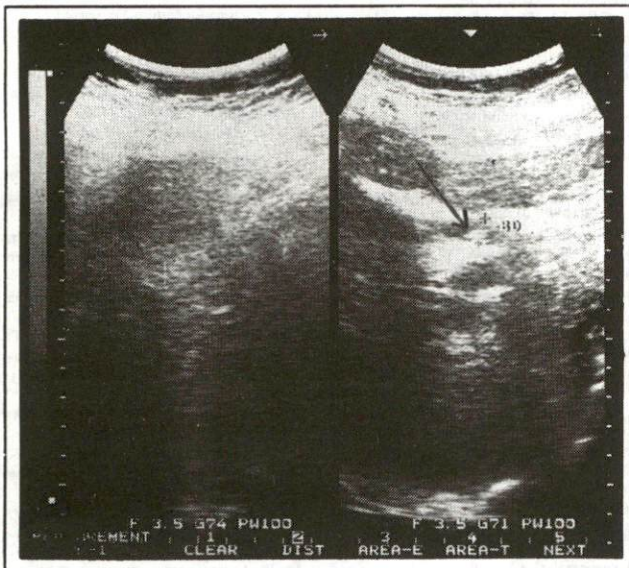
نتایج آزمایشهای بیمار به شرح ذیل است :

هموگلوبین ۱۲ گرم در دسی لیتر ، هماتوکریٹ ۲۷٪ شمار پلاکت ۳۳۲۰۰۰ در میکرولیتر ، شمار گلبولهای سفید ۶۲۰۰ با نوتروفیل ۵۷٪ ، لنفوسیت ۲۴٪ و ائوزینوفیل ۹٪ . سرعت رسوب گلبولی در ساعت اول ۳۲ ، میزان آلکانل فسفاتاز U/L ۲۹۸ (۶۴ تا ۳۰۶ طبیعی) AST ۲۷ واحد در لیتر و ALT ۲۴ واحد در لیتر بود . در آزمایش مدفوع تخم آسکاریس و تریکوسفال دیده شد. آندوسکوپي فوقانی طبیعی بود. در سونوگرافی کیسه صفرا دیده نمیشد (کله سیستکتومی) . در داخل مجرای سیستیک یک ناحیه کیستیک گرد به ابعاد (۲/۵ × ۳ سانتیمتر) مشهود بود. قطر مجرای کلدوک ۹ میلی متر و حاوی یک ضایعه همگون و اکوزن ضعیف و بدون داشتن سایه خلفی بود. ( تصویر شماره ۱ )

مهاجرت کرم های آسکاریس به داخل مجاری صفراوی یک پدیده نسبتاً شایع و سبب پیدایش علائم درگیری این مجاری در مناطق آندمیک آسکاریازیس است. این بیماری در خانم های جوان بیشتر دیده می شود. در صورت تشخیص در اکثر موارد نیازی به جراحی نیست و با اقدام طبی قابل درمان است . ما در این نوشتار ضمن معرفی یک مورد از عارضه آسکاریس در مجاری صفراوی به بحث درباره این بیماری می پردازیم .

## گزارش بیمار

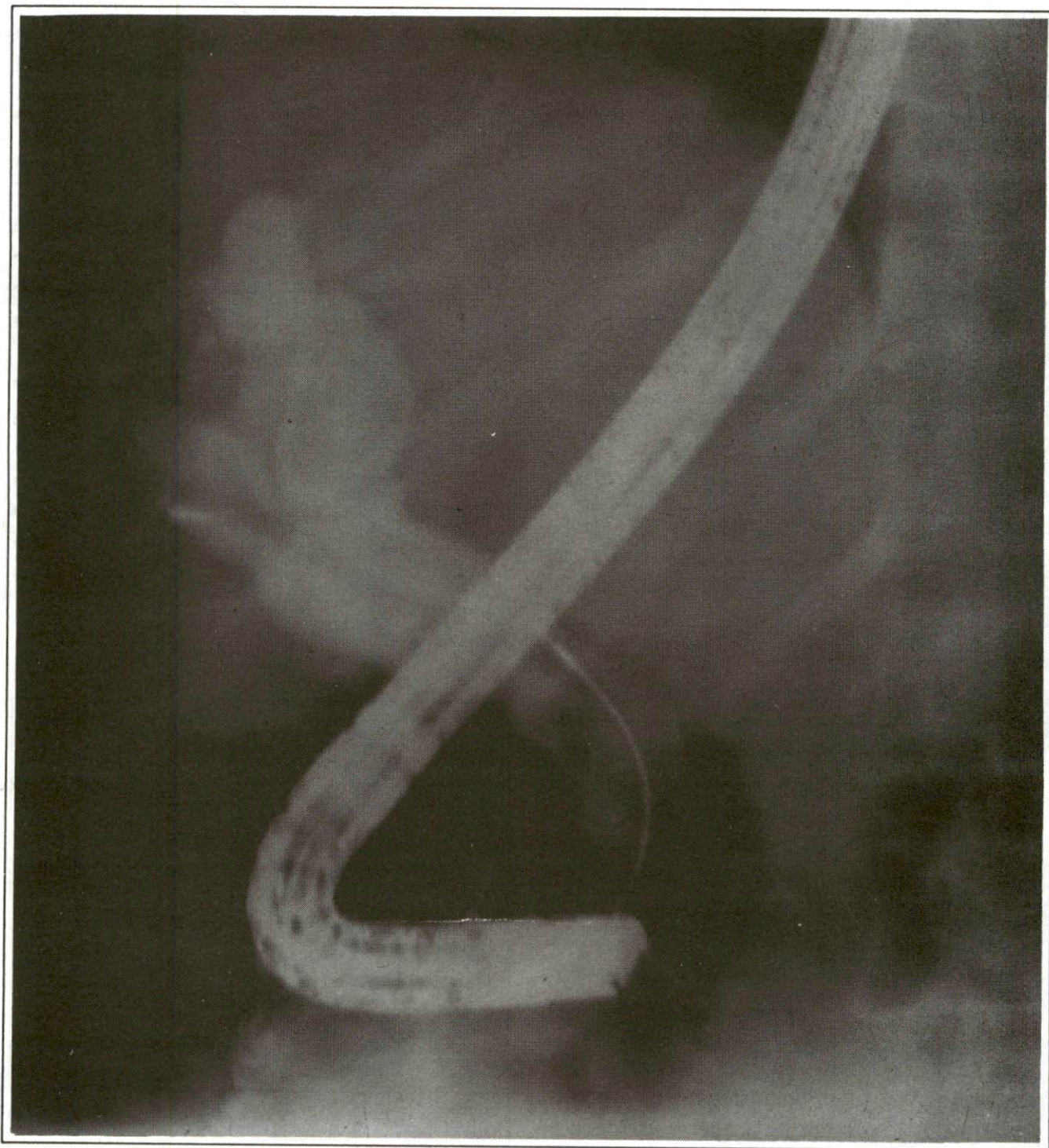
بیمار خانمی است ۳۸ ساله خانه دار ، اهل و ساکن ارومیه که از ۲ ماه قبل دچار درد ربع فوقانی راست شکم با انتشار به پشت شده است. این درد با خوردن غذا تشدید میشود. در آن زمان وی یرقان مختصری داشت و در شهرستان محل سکونت با تشخیص احتمالی سنگ صفراوی تحت عمل جراحی قرار گرفت. در حین عمل، کیسه صفرا کمی متسع با جدار کمی ملتهب بود ولی حاوی سنگ نبود. بیمار بعد از عمل با حال عمومی خوب مرخص می شود . نامبرده ۵ هفته بعد از عمل جراحی مجدداً دچار درد ربع فوقانی راست شکم با انتشار به کتف راست همراه با تهوع ، استفراغ ، و تب خفیف شده است . یرقان ، خارش ، یرقان ، تغییر در اجابت مزاج ، تنگی نفس ، سرفه و خلط نداشت. در معاینه اسکلرا زرد نبود. و علایمی از کم خونی و یا لنفادنوپاتی نداشت. ربع فوقانی راست شکم کمی حساس بود. اندازه کبد در حدود طبیعی بود و طحال بدست نمی خورد. علائم حیاتی طبیعی بود.



تصویر شماره ۱ - در شکل سمت راست ضایعه همگون و اکوزن بدون سایه خلفی در مجرای مشترک صفراوی (فلش) دیده می شود.



از بیمار ERCP بعمل آمد. در داخل دوازدهه کرمهای متعدد آسکاریس مشهود بود بعد از تزریق ماده حاجب از طریق بایبی در داخل کلدوک تصویر دو عدد کرم دراز نمایان شد. ( تصویر شماره ۲ )



تصویر شماره ۲ - وجود آسکاریس در داخل کلدوک در آزمایش ERCP مشهود است.



محل آسکاریس به ترتیب شیوع چنین ذکر شده است :

در داخل دوازدهه ۵۴/۸٪، در داخل مجاری صفراوی خارج کبدی ۳۴/۲٪، در مجاری صفراوی داخل کبدی ۸٪، در کیسه صفرا ۱/۶٪ و در مجاری پانکراس ۱/۴٪ است. با توجه به این مطالعه عدم وجود آسکاریس در داخل مجاری صفراوی و پانکراسی نمی تواند نقش آسکاریس را در بروز غلایم بیماران کنار بگذارد در چنین شرایطی می توان فرض کرد که کرمها از داخل سیستم صفراوی و پانکراسی خارج شده و به دوازدهه وارد شده اند.

بدین ترتیب نقش آسکاریس در ایجاد بیماری مجاری صفراوی در مناطق آندمیک آسکاریازیس بسیار جدی مطرح است و در یک مطالعه دیگر در ۳۶/۷٪ موارد بیماری صفراوی آسکاریس بعنوان علل انسداد دخالت داشت<sup>۶</sup> در حالی که سنگهای صفراوی علت انسداد در ۳۴/۷٪ بوده است و این موضوع اهمیت نقش آسکاریوزیس در بروز بیماری مجاری صفراوی در مناطق آندمیک را گوشزد می کند.

#### علائم بالینی :

درگیری مجاری صفراوی و پانکراس در جریان آسکاریوزیس در خانمهای جوان شایع است. و سن متوسط بیماران ۳۵ سال است نسبت زن به مرد ۲ به ۱ است<sup>۴</sup>. از زمان بروز علائم بالینی تا تشخیص نهائی یکماه تا ۲۰ سال ممکن است طول بکشد. اکثریت بیماران سابقه عمل جراحی روی مجاری صفراوی دارند و در برخی از این موارد جراحی نتوانسته علت مشخصی را جهت غلایم بالینی آشکار کند.

با وجودیکه آسکاریازیس در بچه ها با شیوع بیشتر دیده می شود ولی آسکاریازیس صفراوی در خانمهای جوان شایعتر است احتمالاً در بچه ها راه عبوری صفرا باریک بوده و کرمها نمی توانند وارد آن شوند. تابلوهای بالینی ورود آسکاریس به سیستم صفراوی و پانکراس شامل موارد ذیل است<sup>۴</sup>.

۱- کولیک صفراوی : ۵۶٪ از بیماران با اسکاریس در مجاری صفراوی با دردهای راجعه طرف راست و فوقانی شکم، با تهوع و استفراغ مراجعه می کنند. در این شرایط تب و یرقان دیده نمیشود و در ERCP انجام شده در اکثر موارد کرمها در داخل مجاری صفراوی و یا دوازدهه با تهاجم به منفذ پایی دیده می شوند. برداشتن این کرمها از منفذ پایی و خارج کردن آنها از دهان و تجویز داروهای ضد آسکاریس به برطرف شدن سریع غلایم در این بیماران منتهی شده است.

۲- کلاتریت حاد : در ۲۴/۲٪ بیماران درد ربع فوقانی راست و تب بالا دیده می شود. در این شرایط کبد بزرگ و حساس است و لکوسیتوز واضح، بیلی روبین، آلکالن فسفاتاز و آلانین آمینوترانسفراز سرمی افزایش یافته دیده می شود.

آسکاریازیس یکی از شایعترین آلودگی انگلی در انسان است. این آلودگی در اکثر نقاط دنیا دیده می شود و در مناطق روستایی کشورهای در حال توسعه به دلیل پائین بودن سطح بهداشت شایع تر است. در کشور ما آسکاریازیس شایعترین آلودگی انگلی را تشکیل می دهد و در مناطق روستائی شایع تر از مناطق شهری است. تعداد مبتلایان به آسکاریازیس در ایران احتمالاً حدود ۵۰ درصد کل جمعیت کشور را تشکیل می دهد. در مطالعه قدیریان و همکاران<sup>۱</sup> در مناطق مختلف کرمانشاه آلودگی ۷۴٪ و در روستاهای اصفهان ۷۲٪ بوده است. در بعضی از روستاها میزان آلودگی به ۹۷٪ می رسد. در مطالعه صهبا و همکاران<sup>۱</sup> میزان آلودگی در روستاهای خوزستان به ۸۲٪ می رسد<sup>۱</sup>. در مطالعه صباغیان و همکاران<sup>۱</sup> میزان آلودگی در روستاهای مجاور تبریز ۸۱٪ بوده است<sup>۱</sup>.

کرم های بالغ آسکاریس درون روده باریک زندگی می کنند و معمولاً علامتی نمی دهند ولی اگر تعداد کرم ها زیاد باشد ممکن است انسداد، پیچ خوردگی و یا سوراخ شدن روده بروز کند. کرم های آسکاریس ممکن است به داخل مجاری صفراوی نفوذ کرده و سبب ایجاد عوارض صفراوی و پانکراسی شوند.

در یک مطالعه<sup>۵</sup> که در آن ۵۰۰ بیمار مبتلا به آسکاریازیس و غلایم درگیری مجاری صفراوی بررسی شده اند محل آسکاریس مشخص شده است. (جدول شماره ۱)

#### جدول شماره ۱

محل قرار گرفتن آسکاریس در ۵۰۰ مورد و روش تشخیص ذکر شده است<sup>۵</sup>

محل قرار گرفتن آسکاریس	تعداد بیماران			جمع
	ERCP تنها	سونوگرافی تنها	سونوگرافی ERCP	
دوازدهه	۲۷۴	۰	۰	۲۷۴
مجاری صفراوی خارج کبدی	۱۵	۶۳	۹۳	۱۷۱
مجاری صفراوی داخل کبدی	۵	۵	۳۰	۴۰
کیسه صفرا	۰	۷	۱	۸
مجاری پانکراسی	۵	۰	۲	۷

## جدول شماره ۲:

تظاهرات بالینی و محل قرارگرفتن کرم ها در ۵۰۰ مورد (۴)

تعداد بیماران (درصد)	کوله سیستیت (%۱۲/۸)	کلانژیت (%۲۴/۲)	کولیک صفراوی (%۵۶)	پانکراتیت (%۶/۲)	آبسه کبدي (%۰/۸)
محل استقرار کرمها					
دوازدهه	۱۲	۳۴	۲۱۴	۱۴	۰
مجاری صفراوی خارج کبدي	۴۴	۷۲	۴۴	۸	۳
مجاری صفراوی داخل کبدي	۰	۱۵	۲۲	۲	۱
کیسه صفرا	۸	۰	۰	۰	۰
مجاری پانکراسی	۰	۰	۰	۷	۰

از لاباراتومی و خارج کردن ۴ عدد کرم از مجرای پانکراس و ۷ عدد کرم از مجرای صفراوی فوت می کند<sup>۴</sup>.

۵- آبسه کبدي: در ۰/۸٪ بیماران درد ربع فوقانی راست، تب بالا، کبد بزرگ و حساس دیده می شود.

در مجموع علائم بالینی و عوارض آسکاریوزیس درمجاری صفراوی با درد کولیکی صفراوی، تهوع و استفراغ و در برخی موارد حساسیت در لمس ناحیه ربع فوقانی راست و تب خفیف است ولی یرقان و خارش نادر است. در صورت وجود سنگ صفراوی و یا کلانژیت میزان وقوع یرقان بیشتر است.

سیر بالینی: اکثر کرمها ۲۴ ساعت بعد از ایجاد علائم، مجاری صفراوی را ترک می کنند. بهمین دلیل هنگام جراحی، این بیماری ممکن است تشخیص داده نشود. در ۱۵٪ موارد، کرمها در داخل مجاری صفراوی می میرند و به عنوان یک هسته زمینه ساز تشکیل سنگ صفراوی خواهند بود. لذا در مناطق آندمیک شایعترین علت تشکیل سنگ در مجاری صفراوی داخل کبدي علت انگلی می باشد<sup>۵</sup>. استاز صفراوی و سطح بالای گلوکوروئیداز کرمها و تجزیه شدن بیلی روبین توسط اثر شیاکولی به تشکیل سنگهای پیگمانته کمک می کند.

تشخیص: برای اثبات نقش آسکاریس در بیماریهای مجاری صفراوی و یا پانکراسی نیاز به معیارهای ذیل وجود دارد.

۱- وجود علائم صفراوی و یا پانکراسی

۲- مشاهده کرمها در ERCP در داخل دوازدهه و در مجاورت پابی ( با تهاجم به پابی ) و یا در درون مجاری صفراوی یا پانکراسی

۳- برطرف شدن علائم بیماری بعد از درمان ضدانگلی موثر

۴- عدم وجود سنگ برای علائم بیمار

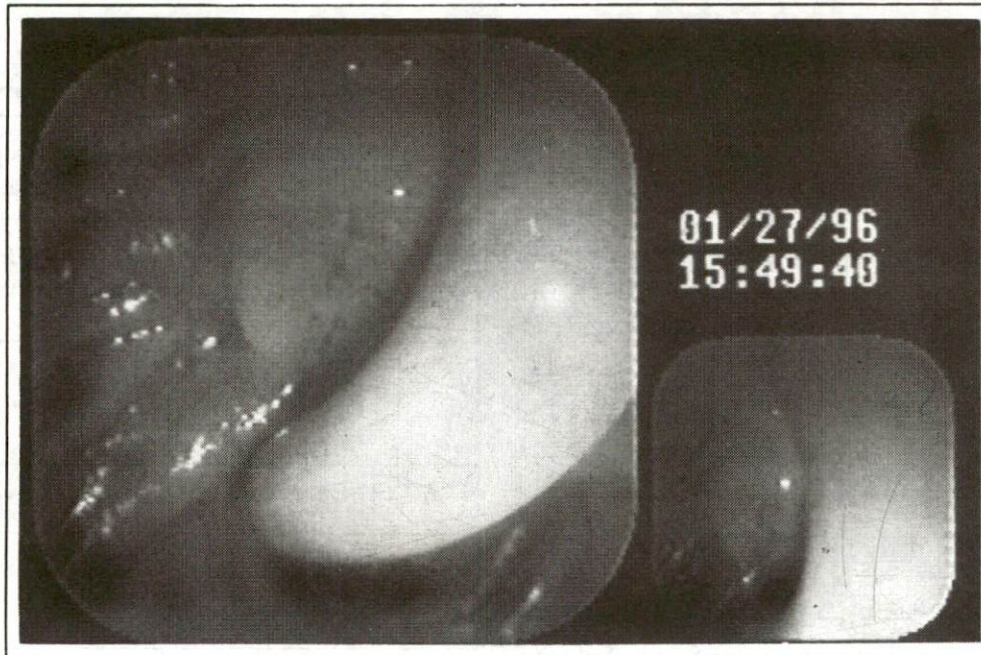
در صورتیکه بیمار ضمن درد کولیکی کرم ها را استفراغ نماید این علامت تشخیصی بسیار اختصاصی است. از نظر آزمایشگاهی در اکثریت موارد آزمایش مدفوع از نظر تخم انگل مثبت است. ( یک کرم بالغ روزانه حدود ۲۰۰ هزار عدد تخم دفع می کند). برای تشخیص نهایی در اکثریت موارد نیاز به بررسیهای رادیولوژیک است. در چنین شرایطی ERCP می تواند در ۱۰۰٪ موارد بیماری را تشخیص دهد. سونوگرافی روش غیر مهاجم و ارزان بوده و قادر است وجود کرمها را در داخل مجاری صفراوی و پانکراس تشخیص دهد ولی متأسفانه با توجه با این که در درصد قابل توجهی از بیماران کرمها فقط در دوازدهه قرار دارند، سونوگرافی نمی تواند حساس باشد. وجود تصاویر اکوژنیک بدون سایه اکوستیک (Acoustic Shadowing) در خلف این تصاویر برای انگل مجاری صفراوی اختصاصی است.

درمان: داروهای ضد آسکاریس اثر سیستمیک نداشته و به داخل سیستم صفراوی ترشح نمی شوند و بر کرمها در این نواحی تاثیری ندارند ولی با توجه به اینکه کرمها بعد از بروز علائم اکثراً از داخل این مجاری خارج شده و وارد دوازدهه میشوند می توان از این داروها در درمان استفاده کرد. داروی مناسب مبندازول ۱۰۰ میلی گرم دوبار در

۳- کله سیستیت بدون سنگ: در ۱/۱۲٪ موارد بیماران با درد ربع فوقانی با انتشار به پشت و شانه راست همراه با استفراغ و تب خفیف مراجعه می کنند. در ۸۹٪ این بیماران حساسیت و انقباض (Guarding) در ربع فوقانی راست شکم وجود داشته است. در سونوگرافی شکم، کیسه صفرا در ۹۱٪ موارد متسع بوده ( قطر عرضی بیشتر از ۴ سانتی متر) و در ۶۴٪ موارد جدار کیسه صفرا ضخیم شده است (بیشتر از ۴ میلی متر). در ۵۷/۸٪ موارد در داخل کیسه صفرا گل صفراوی دیده شده است. در ۷ مورد از این بیماران کرم در داخل کیسه صفرا مشاهده شده بود ولی هیچکدام سنگ صفراوی نداشته اند. در مجرای کوله دوک ضایعه اکوژن ضعیف بدون سایه خلفی نمودار شده است. تمام این بیماران ۲ هفته بعد از درمان مجدداً بررسی شده اند که سونوگرافی برگشت ابعاد و ضخامت کیسه صفرا به مقادیر طبیعی و از بین رفتن گل در کیسه صفرا را نشان داده است.

۴- پانکراتیت حاد: در ۶/۲٪ موارد، بیماران درد اپی گاستریا سابقه حمله اخیر ۵ روزه و انتشار درد به پشت با استفراغ و افزایش آمیلاز سرم و آلکالن فسفاتاز را دارند اکثریت این بیماران دچار پانکراتیت حاد هستند. یک مورد از ۳۱ نفر دچار پانکراتیت همورازیک می شود که بعد





تصویر شماره ۳- کرم آسکاریس در مجاورت پایی دیده می شود و با توجه به ملتهب بودن پایی احتمالاً از درون پایی خارج شده است .

#### منابع :

- ۱- ارفع ، فریدون ، کرم شناسی پزشکی ، چاپ اول ، دانش پژوه ، ۱۳۶۶ ، ۲۴-۲۶
- 2- Owen RI . Parasitic diseases . In : Sleisenger MH , Fordtran JS . eds. Gastrointestinal disease . Philadelphia : WB Saunders 1993 . pp 1207 - 1208
- 3- Sherlock.S . The liver infections . In " Diseases of the Liver and Biliary System ".Blackwell Pub 1993 . pp 494 - 495 .
- 4- Mahmoud A.F . Intestinal nematodes . In Mandell . Douglas and B . Bennett . eds . Principles and Practice of Infectious Diseases . Chrchill Livingstone 1990 . pp 2135 - 2138 .
- 5- Khuroo MS . Zargar . SA . Mahagan R . Hepatobiliary and pancreatic ascariasis in india Lancet 1990 : 335 . 1503 -6 .
- 6- Khuroo MS . Zargar . SA . Biliary Ascariasis : Acommon cause of biliary and pancreatic disease in an endemic arca . Gastroenterology 1985; 88 : 418 - 23 .
- 7- Raney R . Lilly G . McHardy G. Biliary calculus of round worm origin Ann Intern Med 1970 . 72 : 405 -7 .
- 8- Khuroo MS . Zargar SA . Mahagan R . Sonograpghic appearances in biliary ascariasis. Gastroenterology 1987 . 93 : 267 - 72 .
- 9- Kamath PS . Goseph DC . Biliary Ascariasis : Ultrasonography . Endoscopie Retrograde Cholangiopancreatography . and Biliary Drainage Gastroenterology 1986 : 91 : 730 -2 .

روز به مدت سه روز است که بدلیل امکان عود بیماری باید ده روز و دو ماه بعد این درمان تکرار گردد. میزان عود مجدد عفونت و تهاجم به سیستم صفراوی در مناطق آندمیک بسیار بالا است. می توان هنگام ERCP جهت بیمار لوله بینی - صفراوی (Nasobiliary) به اندازه ۷ فرنچ و سوراخهای متعدد در مجرای صفراوی قرار داد و از این طریق شربت بیپرازین با دوز ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بیمار تجویز کرد. خارج کردن کرمها از طریق ERCP به برطرف شدن سریع علائم منجر می شود. به جز در موارد کلاتریت حاد و یا وجود سنگ نباید در مناطق آندمیک آسکاریوزیس اقدام به اسفنگتروومی کرد زیرا میزان تهاجم مجدد آسکاریوزیس به مجاری صفراوی بدلیل باز بودن منفذ خروجی صفرا بیشتر میشود<sup>۴</sup>.

#### نتیجه :

- ۱- بیماری آسکاریوزیس می تواند با عوارض صفراوی و پانکراسی همراه باشد. در مناطق آندمیک از جمله در کشور ما مخصوصاً در بیماران جوان باید به فکر آن باشیم.
- ۲- عدم وجود آسکاریس در مجاری صفراوی و پانکراس نمی تواند آن را به عنوان علت علائم صفراوی بیمار کنار بگذارد.
- ۳- می توان از سونوگرافی بعنوان یک ابزار بدون خطر و ارزان استفاده کرد ولی برای تشخیص نهایی ERCP لازم است.
- ۴- درمان بیماری در اکثریت موارد طبی است و باید از دخالت جراحی غیر لازم خودداری شود. ( تصویر شماره ۳ )