

نقدی بر مقاله "ده مورد کیست هیداتیک کبد با سوزن از طریق پوست با هدایت سونوگرافی"

حکیم : دوره ۴، شماره ۳، پائیز ۸۰: ص ۱۲-۲۰۷

عمده و حیاتی (هم برای کیست و هم برای بیمار) اینست که آیا واقعاً به تخلیه سوزنی کیست‌های هیداتید کوچک (با قطر سه تا ۱۰ سانتیمتر) نیازی هست یا نه؟

در پاسخ به سوال بالا سه نکته باید تشریح گردد:

۱- سرنوشت طبیعی کیست‌های کوچک هیداتید کبد چیست که بتوان دانست آنها باید تخلیه شوند یا نه؟ پاسخ قطعی این سوال مشخص نیست. تجربه شخصی بنده و یکی از همکاران در دانشگاه شیراز (آقای دکتر احمد ایزدپناه) اینست که تعداد قابل توجهی از چنین کیست‌ها بخودی خود سقط شده و از بین می‌روند. در همین زمینه لازم است اشاره گردد که با داروهایی از قبیل Mebendazol و یا Albendazol میتوان پنجاه درصد کیست‌های زنده هیداتید را، در هر عضوی که باشد از میان برد. بنابر این با تجویز این داروها و پیگیری بیمار با سونوگرافی بمدت حداکثر یک الی دو سال، نه نیازی به عمل جراحی وجود دارد و نه تخلیه سوزنی آنها.

۲- سوال دوم اینست که تخلیه کیست‌های کوچک با سوزن چه خطراتی دارد؟

برای همکارانی که علاقمند به شنیدن پاسخ به این سوال هستند توصیه میشود که به مآخذی که مؤلف محترم در پایان مقاله ذکر کرده است مراجعه کنند تا دریابند که اگر وارد کردن سوزن بداخل کیست و تخلیه مایع آن تقریباً (نه قطعاً) بیخطر است، به یک خطر بسیار وخیم کمتر اشاره می‌شود و آن اینست که ممکن است با تریپیک ضد اسکولکس، sclerosing cholangitis تولید شود. این بیماری در اثر وارد کردن مواد سوزاننده بمانند فرمالین و نمک غلیظ ۲۰ بداخل مجاری صفرا بوجود می‌آید که همکارم آقای دکتر عباسی و همکاران ایشان چند سال پیش در موش نشان دادند (۲).

کیست هیداتیک کبد در ایران و در سایر کشورهای گرمسیر دنیا بسیار شایع است. به تبع آن، جراحان در این نقاط با درمان این بیماری آشنا بوده و مهارت لازم را دارا میباشند.

سالمهست در اصول روش درمان جراحی کیست هیداتید اتفاق نظری وجود دارد که اولاً نباید بهنگام استخراج کیست‌های هیداتید کبدی، بهیچ عنوان مایع داخل کیست بخارج کیست پراکنده شود، ثانیاً نباید لایه لامینه یا مطبق و یا غشاء زاینده کیست باقی بماند. همه جراحانی که در این زمینه تجربه کافی دارند، آگاهند که ممکنست بهنگام استخراج کیست هیداتید یکنوع آنافیلاکسی خطرناک بوجود آید. بالاخره بیشتر جراحان متوجه شده‌اند که چنانچه یکی از مواد ضد اسکولکس مصرف شود، ورود این مایعات بمانند محلول نمک غلیظ بداخل مجاری صفرائی، التهاب شدید و در دراز مدت می‌تواند فیروز شدید و غیر قابل برگشت ایجاد کند. مراعات این نکات اساسی بر جراحان ایرانی پوشیده نیست و روش بازدرمان جراحی کیست‌های هیداتید کبد، بخصوص اگر بزرگ باشند یگانه راه درمان است.

از چندی پیش روش دیگری (بسته) برای کیست‌های هیداتید کبد در مقالات خارجی ارائه شده است که یا PAIR میگویند. حتی چند سال پیش مقاله‌ای در همین زمینه در یکی از معتبرترین نشریات علمی پزشکی به چاپ رسید (۱).

همزمان و متعاقب آن گزارش‌های دیگری هم در مجلات دیگر بچاپ رسید و همان نتایج قبلی را تأیید نمود. مقاله‌ای هم که در این مجله درج شده است بر همان مبنی است.

تردیدى نباید داشت که روشی ارائه شده است، یعنی تخلیه سوزنی کیست‌های کوچک پس از چند سال کوتاه به محو اکثر آنها، نه تمام آنها، منجر میشود. سوال مهم این نیست که این کار عملی هست یا خیر؟ زیرا هم اکنون انجام می‌شود. بلکه سوال

بلافاصله مورد پسند قرار خواهد گرفت، زیرا دیگر نیازی بعمل جراحی نبوده و بیمار زود مرخص میشود. انتقال معیار درمان از کشورهای آمریکائی و اروپائی به کشورهای جهان سوم بمانند ایران، بيمورد و بیجاست. تعداد بیمارانی که در ایران و بخصوص در شهرستانها تصادفاً با سونوگرافی برای درد مبهم شکم پیدا میشوند که مبتلا به کیست کوچک کبد هستند (کمتر از ۱۰ سانتی‌متر) بسیار زیاد است. چه روش درمانی باید برای اینگونه بیماران اتخاذ کرد؟ اگر حتی یک بخش کوچکی از جدار خارجی کیست کلسیفیه شده باشد، نیاز به هیچ درمانی نیست. در غیراینصورت شخصاً به تجویز Albendazol بمیزان سه قرص در روز اکتفا میکنم، و هر شش ماه یکبار سونوگرافی می‌شود و چنانچه کیست دارد بزرگتر میشود، تخلیه آن از طریق جراحی باز توصیه میشود.

مقاله که در این زمینه بچاپ رسیده است از هر جهت مقاله خوبی است، بخصوص اینکه مؤلف آن مکرر هشدار داده است که روش پیشنهادی PAIR هنوز در معرض آزمایش است و نباید بدون چون و چرا بکار گرفت.

دکتر فرخ سعیدی

استاد جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی

اشکال در اینجاست که این بیماری مهلک چندین سال پس از تزریق این مواد سوزاننده، نه همان لحظه تزریق، بوجود میاید و الزاماً بهمان محل تزریق محدود نمیشود. هرگاه لایه مطبق(لامینه) کیست هیداتید کبد با سوزن پاره شود و این لایه بخوابد، دهانه مجاری صفراوی سالم کوچ باز می‌شود، و هر مایعی که بداخل چنین کیستی تزریق شود بدون هیچ مانعی بداخل مجاری صفرا وارد میشود. لذا خطر ایجاد کلانژیت اسکروزان همیشه با روش پیشنهادی وجود دارد.

۳- سوال سوم اینستکه اگر پاسخ به دو سوال بالا منطقی و قانع کننده باشد، چرا این روش از مقبولیتی برخوردار است که محققین مختلف در کشورهای گوناگون به اجرا و تجویز آن ادامه میدهند؟ پاسخ به این سوال بدینگونه است: معیارهای تعیین مقبولیت هر روش تشخیصی یا درمانی، به اقتضای هر محیط متغیر هستند. در آمریکا و کشورهای اروپای غربی، هر روز که بیماری در بیمارستانی بستری میشود، برای شرکت‌های بیمه موجب مخارج هنگفتی میباشد. پس یکی از معیارهای مسلم موفقیت یا مقبولیت درمان در آن کشورها، کوتاه بودن دوران بستری بیمار است که از دیدگاه اقتصادی بسیار انگیزه نیرومندیست. در آن کشورها کیست هیداتید کبد بسیار نادر است، بخصوص کیست‌های کوچک، که برخلاف آنچه مبلغین روش تخلیه با سوزن ادعا میکنند، هیچ درد یا ناراحتی دیگری برای بیمار ندارد و تصادفاً پیدا میشود. پزشکان آمریکایی و اروپای غربی ملاک تصمیم‌گیری خود را کیست‌های غیر هیداتید میدانند. واضح است که اگر روشی پیشنهاد شود که هر کیست کبدی را، چه هیداتید و چه غیر هیداتید، بتوان با سوزن زدن درمان کرد، که ظاهراً هم بی‌خطر است، چنین روش

References:

- 1- Khourou MS. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts. NEJM. 1997; 337: 881-7.)
- 2- A Abbassi Dezfuli et al. Early and late effects of scolicedal agents on liver and bile ducts. An experimental study. Iranian J Med Scien 1991 ; 16(1-2) : 36-9)