Archive of SID

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان / بهار ۱۳۹۰ / دوره ۱۳ / شماره ۱ (پی در پی ۳۷) / صفحات ۱۳۲ تا ۱۳۷

گزارش مورد

همراهی سل پلورال با پنومونی آسپیراسیون ناشی از دیورتیکول اپی‌فرنیک

دکتر ایرج ملکی[۱]، دکتر غلامعلی گدازنده*[۲]

۱- فوق تخصص گوارش و کبد ، استادیار گروه داخلی ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری.

۲- فوق تخصص جراحی توراکس ، استادیار گروه جراحی ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری.

چکیده

پنومونی آسپیراسیون بیماری خطرناکی است که به دلایل مختلفی ایجاد می‌شود. دیورتیکول اپی‌فرنیک هم بیماری نادری است که می‌تواند منجر به آسپیراسیون مواد غذایی احتباس یافته در دیورتیکول گردد. از طرفی سل مدیاستن هم می‌تواند دیورتیکول‌های کششی را در بخش میانی مری ایجاد کند که عمدتاً بدون علامت و عارضه هستند. در این مقاله موردی از همراهی این سه‌بیماری گزارش می‌گردد که پس از سپری شدن ۷ سال از درمان طبی و جراحی، عارضه‌ای مشاهده نشد.

کلید واژه‌ها : *پنومونی آسپیراسیون ، دیورتیکول مری ، دیورتیکول اپی‌فرنیک ، سل*

* نویسنده مسؤول : دکتر غلامعلی گدازنده ، پست الکترونیکی : **ghgous@yahoo.com**

نشانی : ساری ، خیابان امیر مازندرانی ، بیمارستان امام خمینی ، بخش جراحی ، تلفن ۴-۲۲۶۱۷۰۰ -۰۱۵۱ ، نمابر ۳۲۱۸۰۸۶

وصول مقاله : ۸۹/۱۱/۳ ، اصلاح نهایی : ۹۰/۱/۳۰ ، پذیرش مقاله : ۹۰/۲/۲۸

www.SID.ir

Archive of SID

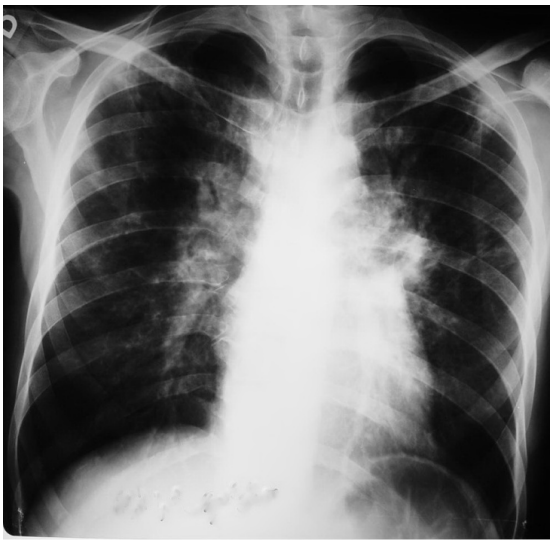
مقدمه

دیورتیکول اپی‌فرنیک بیماری نادری است که معمولاً بدون علامت است؛ ولی می‌تواند به‌واسطه علائمی نظیر دیسفاژی، درد قفسه‌سینه، احتباس غذا یا آسپیراسیون مواد غذائی تظاهر نماید (۱). پنومونی آسپیراسیون معمولاً در زمینه‌های خاصی نظیر کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات بلع و در افرادی که بهداشت دهان و دندان مناسبی ندارند؛ دیده می‌شود (۲). در برخی از بیماران دلایل نادر دیگری مطرح است. توجه بالینی به علل پنومونی آسپیراسیون می‌تواند از عود بیماری جلوگیری کند. در این مقاله همراهی پنومونی آسپیراسیون به‌دنبال یک دیورتیکول اپی‌فرنیک بزرگ و هم‌زمانی سل پلورال گزارش شده است.

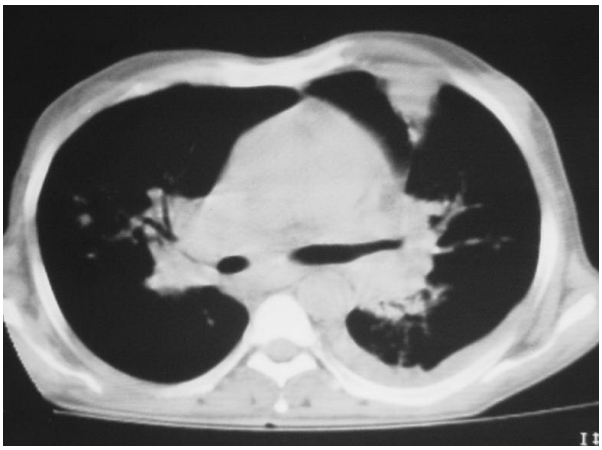
معرفی بیمار

بیمار مردی ۵۰ ساله بود که دو هفته قبل از بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) ساری دچار سرفه و تب همراه با خلط و احساس تنگی نفس شده بود. بیمار سابقه مصرف طولانی مدت سیگار و اپیوم را ذکر کرد و ۹ ماه قبل از مراجعه مصرف اپیوم را ترک کرده بود. از نظر گوارشی دیس‌پپسی خفیف و سابقه‌دار را ذکر نمود. سوزش سردل، ترش‌کردن و دیسفاژی نداشت. بیمار در سابقه خانوادگی، ابتلا به عفونت مشکوک سل ریه در اعضای خانواده را ذکر نمود که از نحوه درمان آن اطلاعی نداشت. در معاینه، بیمار تب ۳۹ درجه داشت و نیز خشونت صداهای تنفسی در قواعد هر دو ریه شنیده شد. همچنین عدم رعایت بهداشت دهان و دندان مناسب مشاهده شد.

در بررسی‌های آزمایشگاهی، لکوسیتوز و کم‌خونی فقرآهن گزارش شد. آزمایش خلط از نظر سل منفی گزارش شد. در رادیوگرافی قفسه‌سینه کدورت‌های رتیکولونودولر در فیلد میانی ریتین همراه با یک کدورت فوکال با جدار نامنظم در فیلد فوقانی ریه چپ گزارش شد (تصویر یک). در سی‌تی اسکن یافته‌ها شامل انفیلتراسیون رتیکولر پری‌هیلار دوطرفه ریه‌ها، کدورت مشکوک به آبسه در لوب فوقانی ریه چپ، مایع پلورال خفیف سمت چپ و اتساع شدید و وجود سطح مایع و هوا در مری بود (تصاویر ۲و۳). برای تعیین خصوصیت ضایعه لوب فوقانی ریه چپ با توجه به نزدیک بودن ضایعه به جداره قفسه‌سینه سونوگرافی انجام شد که وجود مایع غلیظ در آن آبسه ریه را تایید کرد. یافته آزمایش خلط و لاواژ به دست آمده از برونکوسکوپی از نظر سل منفی بود. بررسی مایع پلورال هم نشانگر یک مایع اگزوداتیو با قند و آمیلاز در حد طبیعی بود. تعداد گلبول سفید ۳۷۶۰ در میلی‌متر مکعب با ۶۵درصد لنفوسیت گزارش گردید. لازم به ذکر است که در برونکوسکوپی انجام شده ترشحات چرکی فراوان و مقادیری جسم خارجی (مواد غذایی) به‌دست آمد که خارج شد.



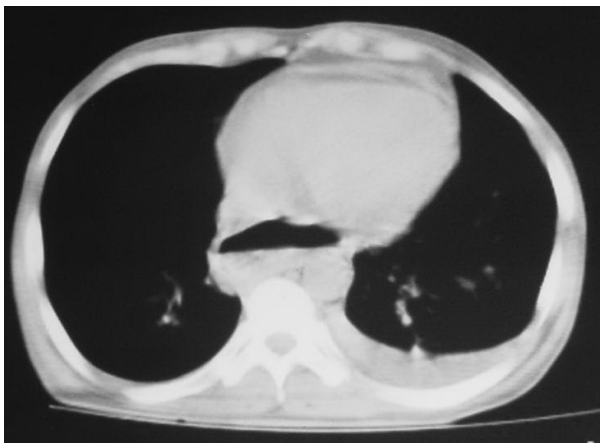
تصویر ۱ : رادیوگرافی قفسه‌سینه نمایانگر کدورت ناف هر دو ریه همراه با کدورت نامشخص در قله ریه چپ می‌باشد.



تصویر ۲ : سی‌تی اسکن قفسه‌سینه نمایانگر کدورت مثلثی با قاعده پلورال مشکوک به آبسه است.

www.SID.ir

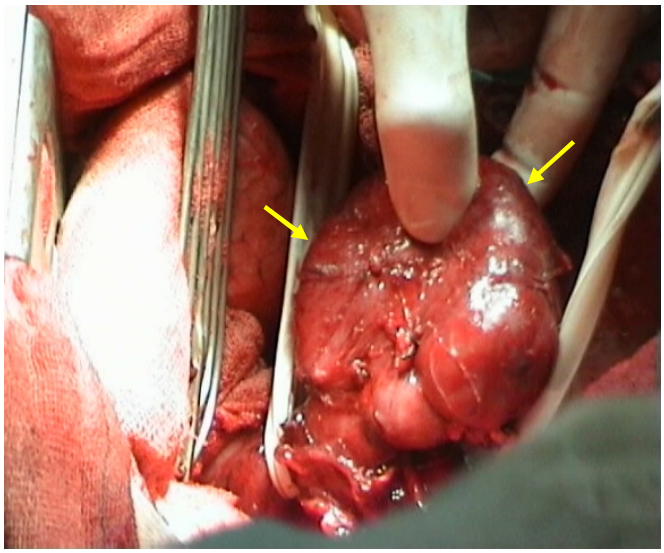
Archive of SID



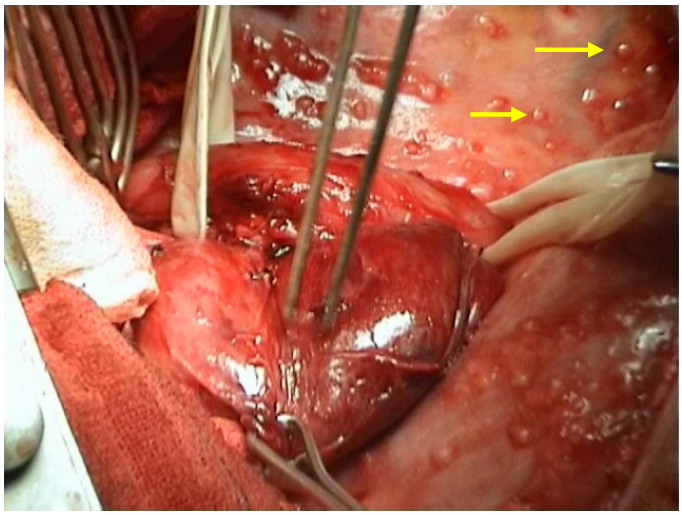
تصویر ۳ : سی‌تی اسکن قفسه‌سینه نمایانگر اتساع شدید در ناحیه دیستال مری همراه با سطح آب و هوای درون آن است.

تصویر ۴ : رادیوگرافی بلع باریم نمایانگر دیورتیکول بسیار بزرگ در ناحیه دیستال مری می‌باشد.

از طرفی با توجه به دیس‌پپسی و فقرآهن و گزارش سی‌تی‌اسکن، آندوسکوپی انجام شد که یک دیورتیکول بزرگ در قسمت دیستال مری حدود ۳ سانتی‌متر بالاتر از اسفنکتر تحتانی مری گزارش شد. دهانه دیورتیکول حدود ۴سانتی‌متر بود و انتهای لوله آندوسکوپ به‌راحتی در دیورتیکول وارد می‌شد. برای بیمار رادیوگرافی با بلع باریوم انجام شد (تصویر ۴). با توجه به همه یافته‌های بالینی و فرابالینی تشخیص پنومونی آسپیراسیون و آبسه ریه به‌دنبال آسپیراسیون از محتویات دیورتیکول اپی‌فرنیک مطرح گردید. مشاوره جراحی توراکس صورت گرفت.



تصویر ۵ : پس از دیسکسیون، دیورتیکول نمایان گردید.



تصویر ۶ : پس از باز شدن فضای پلور ندول‌های ریز و متعدد سل پلورال ظاهر شدند.

به منظور درمان آبسه ریه، بیمار تحت درمان با سفتریاکسون و مترونیدازول قرار گرفت و پس از کنترل عفونت با توجه به عارضه‌دار شدن دیورتیکول (آبسه ریه) درمان جراحی رزکسیون دیورتیکول پیشنهاد شد. برای بیمار عمل جراحی توراکوتومی چپ، دیورتیکولکتومی راست همراه با ازوفاگومیوتومی صورت گرفت. در حین

www.SID.ir

Archive of SID

توراکوتومی ضایعات ندولر ریز و متعدد مشکوک در فضای پلور مشاهده گردید (تصاویر ۵ و ۶) که با انجام برش انجمادی گرانولوم پنیری تائید شد. عمل جراحی بدون عارضه خاصی انجام شد و پس از عمل جراحی درمان دارویی علیه بیماری سل شروع شد. بعد از ترخیص و پیگیری هفت ساله پس از درمان، هیچگونه عارضه‌ای در خصوص عمل جراحی انجام شده و عود آبسه ریه در بیمار گزارش نشد.

بحث

دیورتیکول اپی‌فرنیک بیمار نادری است و میزان شیوع دقیق آن مشخص نیست؛ ولی در یک مطالعه نسبت بروز آن به دیورتیکول‌های ناحیه فوقانی مری ۱ به ۵ گزارش شده است (۳). اختلالات حرکتی مری و اسفنکتر تحتانی مری در فیزیوپاتولوژی بیماری دخیل است. دیورتیکول‌های اپی‌فرنیک معمولاً در ۱۰ سانتی‌متری انتهایی مری قرار دارند (۱) و اکثراً بدون علامت هستند. انواع علامت‌دار غالباً در افراد میانسال و مسن (با شیوع بیشتر در مردان) دیده می‌شوند و علائم شامل دیسفاژی، درد قفسه‌سینه، احتباس غذا و آسپیراسیون مواد غذایی می‌باشند (۴).

از نظر تشخیصی برای همه این بیماران بایستی رادیوگرافی با بلع باریم انجام شود تا وضعیت آناتومیک و اختلال حرکتی مری نیز بررسی گردد. امروزه انجام مانومتری در همه بیماران توصیه می‌گردد؛ ولی در برخی از بیماران کاتترگذاری در معده با انجام آندوسکوپی امکان پذیر است. در صورت وجود علائم ریفلاکس انجام pH متری ۲۴ساعته نیز توصیه می‌گردد (۴).

مهم‌ترین عارضه دیورتیکول اپی‌فرنیک آسپیراسیون مواد غذایی است که حتی می‌تواند به مرگ نیز منجر شود. گزارش‌هایی از خونریزی از دیورتیکول (۵) و بروز سرطان‌هایی با منشاء سلول‌های سنگفرشی درون دیورتیکول (۶) وجود دارد.

روش درمانی دیورتیکول اپی‌فرنیک دیورتیکولکتومی همراه با میوتومی در موارد علامت‌دار است (۷). Zaninotto و همکاران با پیگیری بیش از ۱۲ ساله بیماران بدون علامت توصیه نمودند که تنها در صورت ایجاد علائم یا عوارض شدید عمل جراحی انجام شود (۷). روش‌های جراحی کمتر تهاجمی لاپاراسکوپیک و توراکوسکوپیک (۱۰-۸) و یا با هدایت روباتیک برای درمان انجام شده است (۱۱). همچنین گزارشی از تزریق‌های مکرر سم بوتولیسم برای کنترل علایمی نظیر دیسفاژی وجود دارد (۱۲).

نکته جالب دیگر در این بیمار وجود سل پلورال بود. سؤالی که مطرح می‌گردد این است که آیا سل پلور می‌تواند باعث دیورتیکول در ناحیه دیستال مری گردد؟ معمولاً دیورتیکول‌های تراکشن ناشی از سل در قسمت میانی مری هستند و اندازه کوچکی دارند. این دیورتیکول‌ها در اثر فیبروز ناشی از مدیاستینیت و یا درگیری غدد لنفی ایجاد می‌گردند و مری هم نظیر تمامی احشاء و ارگان‌ها و عروق مدیاستن می‌تواند متاثر گردد.

در بررسی منابع موجود برای یافتن مورد مشابه گزارش شده از همراهی بیماری سل با دیورتیکول اپی‌فرنیک تنها به یک مورد از بیماری نسبتاً مشابه در گزارش Kaman و همکاران می‌توان اشاره کرد که درگیری به‌صورت لنفادنیت بزرگ و واضح سلی بود (۱۳) که با بیمار ما متفاوت است.

نکته حائز اهمیت در این گزارش، توجه بالینی به تظاهرات مختلف بیماری سل می‌باشد که با توجه به شیوع نسبی آن در کشور بایستی همواره در تشخیص‌های افتراقی مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از سرکار خانم دکتر مریم برزین همکار محترم رادیولوژیست و تمامی کارکنان بخش مدارک پزشکی بیمارستان امام خمینی (ره) ساری به خاطر همکاری صمیمانه‌شان سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Soares R, Herbella FA, Prachand VN, Ferguson MK, Patti MG. Epiphrenic diverticulum of the esophagus. From pathophysiology to treatment. J Gastrointest Surg. 2010 Dec;14(12):2009-15.

2. van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, de Baat C. Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. J Am Med Dir Assoc. 2011 Jun;12(5):344-54.

3. Trastek VF, Payne WS. Esophageal Diverticula. In Shields TW

www.SID.ir

Archive of SID

(ed). General Thoracic Surgery. 3rd. Philadelphia: Lea and Febiger. 1989; pp:989-1001.

4. Cassivi SD, Nichols FC, Deschamps C. Esophageal diverticula. In: Shields TW, Locicero J, Reed CE, Feins RH. General Thoracic Surgery. 7th. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. 2009; pp: 1961-71.

5. Chen L, Walser EM, Schnadig V. Fatal hemorrhage secondary to ulcerated epiphrenic pseudodiverticulum. Arch Pathol Lab Med. 2006 Jun;130(6):867-70.

6. Hung JJ, Hsieh CC, Lin SC, Wang LS. Squamous cell carcinoma in a large epiphrenic esophageal diverticulum. Dig Dis Sci. 2009 Jun;54(6):1365-8.

7. Zaninotto G, Portale G, Costantini M, Merigliano S, Guirroli E, Rizzetto C, et al. Long-term outcome of operated and unoperated epiphrenic diverticula. J Gastrointest Surg. 2008 Sep;12(9):1485-90.

8. Renz EM, Parker MV, Hetz SP. Laparoscopic repair of a large symptomatic epiphrenic esophageal diverticulum. Curr Surg. 2002 Mar-Apr;59(2):190-3.

9. Granderath FA, Pointner R. Laparoscopic transhiatal resection of giant epiphrenic esophageal diverticulum. Dis Esophagus. 2007;20(4):353-7.

10. Stuart RC, Wyman A, Chan AW, Chung SC, Li AK. Thoracoscopic resection of oesophageal diverticulum: a case report. J R Coll Surg Edinb. 1996 Apr;41(2):118-9.

11. Elola-Olaso AM, Mullett TW, Gagliardi RJ. Epiphrenic diverticulum: robotic-assisted transhiatal approach. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2009 Oct;19(5):e184-8.

12. Katsinelos P, Chatzimavroudis G, Zavos C, Pilpilidis I, Paroutoglou G, Kountouras J. Long-term botulinum toxin treatment for dysphagia due to large epiphrenic diverticulum in elderly patients: a report of two cases. Dysphagia. 2009 Mar;24(1):109-13.

13. Kaman L, Kundel B, Sinha SK, Singh R. True epiphrenic diverticulum of esophagus secondary to tubercular adenitis. Indian J Gastroenterol. 2003 Mar-Apr;22(2):65-6.

www.SID.ir

Archive of SID

Case Report

Concomitant pleural tuberculosis and aspiration pneumonia due to epiphrenic diverticula: a case report

Maleki I (MD)[1], Godazandeh Gh (MD)*[2]

[1]Assistant Professor, Gastroenterologist, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. [2]Assistant Professor, Thoracic Surgeon, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Abstract

Aspiration pneumonia is a critical disease and can result from a various causes. Epiphrenic diverticula is a rare disorder, which can cause aspiration of food material contained in it. Mediastinal tuberculosis can also cause traction diverticula at mid-esophagus, which usually are asymptomatic and induce no complication. In this article we describe a case, suffering of all these three disorders and after seven years of surgery and medical treatment any symptom was not found in the patient.

Keywords: Aspiration Pneumonia, Esophageal diverticula, Epiphrenic diverticula, Tuberculosis

*** Corresponding Author: Godazandeh Gh (MD), E-mail: ghgous@yahoo.com**

Received 23 January 2011 **Revised** 19 April 2011 **Accepted** 18 May 2011

This paper should be cited as: Maleki I, Godazandeh Gh. [Concomitant pleural tuberculosis and aspiration pneumonia due to epiphrenic diverticula: a case report]. J Gorgan Uni Med Sci. Spring 2011;13(1):132-7. [Article in Persian]
www.SID.ir