

گزارش مورد

کیست دوپلیکاسیون مری عفونت یافته در یک فرد بالغ

دکتر جهانبخش هاشمی^۱ - دکتر مهیار محمدی فرد^۲ - دکتر ضیا حقی^۳

چکیده

کیست دوپلیکاسیون مری، یک ناهنجاری مادرزادی نادر پیشین روده است. تشخیص صحیح آن قبل از جراحی دشوار می‌باشد؛ گرچه روشهای مختلف تصویربرداری به تعیین محل این ضایعات و رد سایر موارد کمک می‌کند. در این مقاله، موردی از کیست دوپلیکاسیون عفونت یافته و علائم آن در رادیوگرافی قفسه صدی، توموگرافی رایانه‌ای (CT) و امتحان باریم گزارش می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیست دوپلیکاسیون مری؛ توموگرافی رایانه‌ای، بلع باریم

دریافت: ۱۳۸۵/۷/۸ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۲/۲۹ پذیرش: ۱۳۸۶/۳/۸

^۱ دانشیار گروه آموزشی رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

^۲ نویسنده مسؤل؛ استادیار گروه آموزشی رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

آدرس: بیرجند- خیابان طالقانی- بیمارستان امام رضا (ع)- بخش رادیولوژی

تلفن: ۰۵۶۱-۲۲۲۶۷۷۶ پست الکترونیکی: mahyarmohammadifard@yahoo.com

^۳ دانشیار گروه آموزشی جراحی (توراکس)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

و سرانجام درمان صحیح بیمار را تسهیل می‌کند (۳).

شرح مورد

بیمار آقای است ۳۷ ساله که با شکایت اشکال در بلع از یک سال قبل که در دو هفته آخر تشدید شده و همراه با شروع سرفه و درد قفسه صدری بود، به پزشک مراجعه نمود. وی در یک سال اخیر سابقه اشکال در بلع را به صورت خفیف و متناوب داشت که تحت آندوسکوپی قرار گرفته و نتیجه نرمال گزارش شده بود. در معاینه بالینی، بیمار تب خفیف (۳۸/۵°C) داشت. تست‌های آزمایشگاهی به قرار زیر بود:

- شمارش گلبول سفید: $12/8 \times 10^3 / \text{mm}^3$

- هموگلوبین: $13/2 \text{ g/dL}$

- شمارش پلاکت: $320 \times 10^3 / \text{mm}^3$

به جز اشکال در بلع در یک سال اخیر، بیمار سابقه دیگری نداشت. در رادیوگرافی قفسه صدری پهن‌شدگی مדיاستن با محو حدود آئورت نازل مشاهده شد. در امتحان بلع باریم اثر فشاری خارج مجرای از خلف بر مری و پهن‌شدگی قطر جانبی مری و کاهش قطر قدامی خلفی مری رویت گردید (شکل ۱).

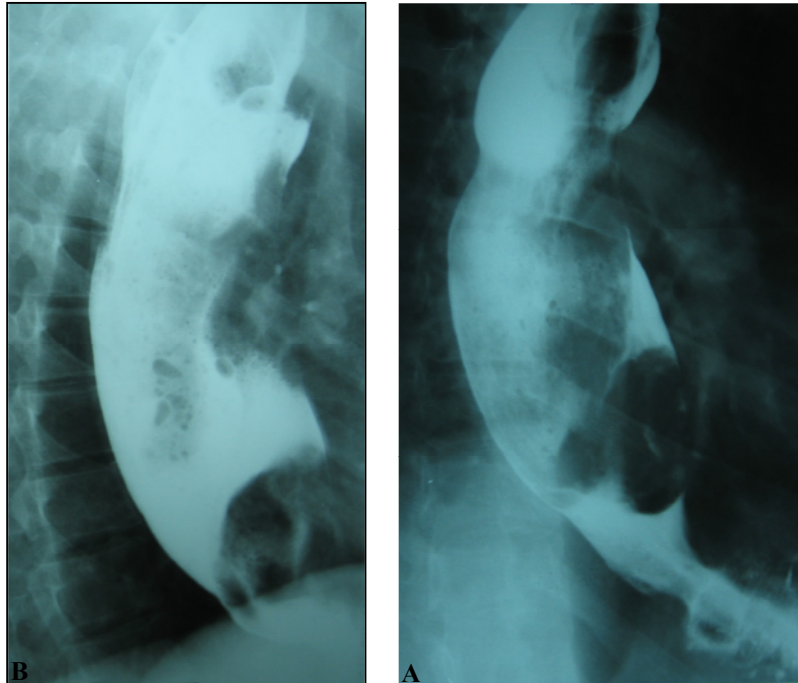
در امتحان سی‌تی‌اسکن با حاجب خوراکی، یک توده کیستیک تک حفره‌ای در ناحیه سمت راست مדיاستن با گسترش از مری فوقانی تا کاردیا با دانسیته هتروژن مشهود بود که باعث اثر فشاری بر برونکوس اصلی راست و تنگی آن از خلف گردیده بود (شکل ۲).

بیمار با تشخیص احتمالی کیست دوپلیکاسیون عفونت یافته تحت درمان با آنتی‌بیوتیک و سپس عمل جراحی قرار گرفت. به علت گسترش فوقانی تحتانی آن کیست برونکوژنیک کمتر مطرح شد. اکسیزیون جراحی توده مדיاستن و سپس امتحان آسیب‌شناسی آن تشخیص کیست دوپلیکاسیون مری با تغییرات التهابی را آشکار ساخت. پس از عمل بهبود اشکال در بلع و علائم عفونی بدون عارضه رخ داد.

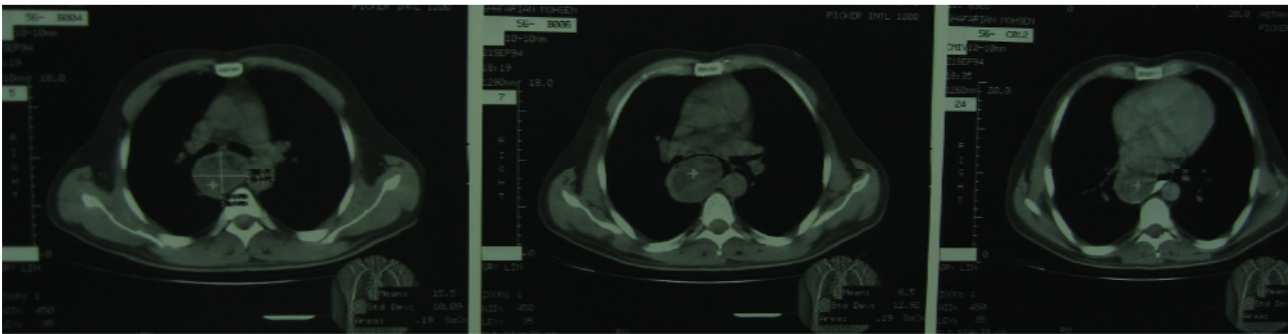
کیست دوپلیکاسیون مری، یک ناهنجاری نادر پیشین روده می‌باشد. گرچه روشهای مختلف تصویر برداری از جمله بلع باریم، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی به موقعیت‌یابی و کنار گذاشتن سایر تشخیص‌های افتراقی کمک می‌کند ولی تشخیص قطعی پیش از امتحان پاتولوژی نمونه حذف شده مشکل می‌باشد (۱).

کیست دوپلیکاسیون شامل حدود $0/5\% - 2/5\%$ از ضایعات شبه تومورال مری می‌شود و به صورت توده هوموژن با حاشیه صاف و محتویات با دانسیته مایع در سی‌تی‌اسکن تظاهر می‌کند که جایگاه آن عمدتاً (۶۰٪) در مری تحتانی واقع می‌باشد.

انواع ضایعات کیستیک مדיاستن، ضایعات گرد با حدود مشخص و حاوی مایع هستند که به وسیله یک لایه اپی‌تلیوم مفروش می‌شوند (۲). بیشتر توده‌های کیستیک مדיاستن عبارتند از: کیست‌های خوش‌خیم مادرزادی (نظیر کیست‌های تیموس، پریکاردیال، نورانتریک، دوپلیکاسیون مری و کیست برونکوژنیک)، منگوسل، تراتوم کیستیک و لنفانژیوم. تعداد زیادی از تومورها نظیر تیموما، بیماری هوچکین، ژرم سل تومورها، کارسینوم‌های مדיاستن، متاستاز به لنف‌نودها و تومورهای ریشه‌های عصبی، ممکن است دچار تغییرات کیستیک شوند که این اتفاق بخصوص پس از پرتودرمانی و شیمی‌درمانی رخ می‌دهد. در این حالت این ضایعات در سی‌تی‌اسکن و MRI حاوی اجزای کیستیک و توپر می‌باشند. در صورتی که تغییرات کیستیک، شدید و وسیع باشند، ممکن است تومورها از ضایعات کیستیک مادرزادی غیر قابل افتراق شوند. یک آبسه یا کیست کاذب پانکراس نیز ممکن است به صورت یک ضایعه کیستیک مדיاستن تظاهر یابد. اما شرح حال، علائم بالینی، موقعیت تشریحی و جزئیات دقیق ضایعه در سی‌تی‌اسکن به تشخیص صحیح کمک می‌کنند. آشنایی با نماهای تصویربرداری توده‌های مדיاستن به تشخیص دقیق این ضایعات، افتراق آنها از ضایعات شبه‌کیستیک کمک کرده



شکل ۱ (A,B) - امتحان بلع باریوم: اثر فشاری اکسترومینال از خلف بر مری و پهن شدگی دیامتر جانبی مری و کاهش دیامتر قدامی خلفی مری



شکل ۲ - امتحان سی تی اسکن با کنتراست خوراکی: توده کیستیک یونی لوکولار در ناحیه پاراتراکنال راست مدیاستن با گسترش از مری فوقانی تا کاردیا با دانسیته هتروژن که باعث اثر فشاری بر برونکوس اصلی راست و تنگی آن از خلف شده است.

بحث و نتیجه گیری

مقدور می سازد. ام.آر.ای نیز ممکن است در تشخیص افتراقی آن از سایر توده های مدیاستن کمک کننده باشد. در مطالعه انجام شده توسط Ugo Cioffi و همکاران (۶) بر روی ۲۷ بیمار بالغ که در دو گروه بیماران با کیست دوپلیکاسیون مری و بیماران با کیست برونکوژنیک مورد جراحی قرار گرفتند، ۱۱ بیمار در گروه دوم (یعنی مبتلایان به کیست دوپلیکاسیون مری) قرار گرفتند که سن متوسط آنها ۴۶ سال بود و ۲۷٪ علامت دار بودند و شایعترین علامت اشکال در بلع و سایر علائم درد قفسه صدری، درد اپیگاستر

کیست دوپلیکاسیون مری از ناهنجاریهای نادر پیشین روده می باشد که اغلب بی علامت بوده و به صورت تصادفی کشف می شود و ممکن است به علت خونریزی درون کیست، سوراخ شدن و عفونت بخصوص در صورت مرتبط بودن با مری دچار عارضه گردد (۴). متاپلازی سنگفرشی از دیگر عوارض کیست دوپلیکاسیون مری می باشد (۵).
توموگرافی رایانه ای (CT) و اولتراسونوگرافی اندوسکوپیک (EUS) مطالعه دقیق کیست دوپلیکاسیون را

کیست‌های مدیاستینال و بررسی و افتراق اثر فشاری داخل جدار از خارجی باشد (۵، ۱۲). EUS کیستیک بودن ضایعه و ارتباط آن با ساختمانهای اطراف را بخوبی نشان می‌دهد. MRI نیز می‌تواند اطلاعات مفیدی در مورد محتویات کیست بخصوص در مورد وجود و مقدار موکوس یا محتوای پروتئین کیست فراهم سازد (۱۳). با این وجود CT و EUS روش انتخابی در بیشتر موارد می‌باشند. هنگامی که در رادیوگرافی قفسه صدی یا بلع باریوم، نسبت به وجود توده مدیاستینال تردید ایجاد شد، باید ابتدا اندوسکوپی جهت بررسی مخاط مری انجام شود. در صورت سلامت مخاط بر روی توده، نمونه‌برداری نباید انجام گردد؛ زیرا برداشت جراحی کامل را عارضه‌دار می‌کند (۱۴)؛ گرچه آسپیراسیون سوزنی در مواردی انجام شده ولی این روش نیز اطلاعات مفید زیادی فراهم نکرده و خطر عفونت توده را نیز افزایش می‌دهد (۱۳).

تمام ضایعات کیستیک حتی موارد بی‌علامت باید با جراحی حذف گردد؛ زیرا تشخیص قطعی به وسیله آزمایش آسیب‌شناسی نمونه حذف شده می‌باشد؛ همچنین در صورت علامت‌دار شدن خطر جراحی افزایش می‌یابد. حذف کامل جراحی، درمان انتخاب کیست‌های دوپلیکاسیون مری می‌باشد (۵، ۱۳) و در صورت برداشت جراحی ناقص خطر عود وجود دارد؛ بنابراین پیگیری پس از درمان یک قانون محسوب می‌شود.

بود. در این مطالعه مطابق مطالعات قبلی (۷) شایعترین محل کیست دوپلیکاسیون مری بخش خلفی تحتانی سمت راست مدیاستن بود. مکان کیست از حجم آن در ایجاد علائم مهمتر می‌باشد.

کیست‌های مدیاستینال واقع در مدیاستن فوقانی بیشتر از کیست‌های مدیاستن میانی و تحتانی علائم فشاری ایجاد می‌کنند (۸)؛ در صورتی که مجرای مری با کیست تحت فشار قرار گیرد، اشکال در بلع رخ می‌دهد.

Theodosopoulos و همکاران در سال ۲۰۰۷ گزارشی از کیست دوپلیکاسیون معده در یک خانم ۴۶ ساله را ارائه دادند که پوشش درونی کیست اپی‌تلیوم مطبق کاذب بود (۹). گاهی اوقات کیست‌های برونکوژنیک و دوپلیکاسیون توأم مشاهده می‌شوند (۱۰). Smrita Dorairajan و همکاران مورد مشابهی را در یک کودک نه ماهه گزارش کردند (۱۱).

روشهای تصویربرداری مدرن شامل CT، EUS و MRI می‌تواند به ردّ بدخیمی و ارزیابی ارتباط مکانی توده و انتخاب بهترین روش جراحی کمک کنند.

در CT، دانسیته کیست‌های دوپلیکاسیون متفاوت و از دانسیته تیپیک مایع ۵-۲۰ واحد هانسفیلد، تا دانسیته بالای حدود ۸۰-۹۰ واحد هانسفیلد متغیر است که دانسیته بالا می‌تواند به علت وجود خونریزی یا پروتئین با غلظت بالا باشد.

به نظر می‌رسد که EUS بهترین روش تشخیص

منابع:

- 1- Rafal RB, Markisz JA. Magnetic resonance imaging of a duplication esophageal cyst. Am J Gastroenterol. 1991; 86: 1809-11.
- 2- Bondestam S, Salo JA, Salonen OL. Imaging of congenital esophageal cysts in adults. Gastrointest Radiol. 1990; 15: 279-81.
- 3- Young Wan K, Sohn T, Shim HS, Choong K. Intra-abdominal esophageal duplication cyst in an adult. Yonsei Med J. 2005; 46 (6): 859-61.
- 4- Mi-Young J, Bernard G, Gangi A, Bogorin A, Charneau D, Marie Wihlm J, et al. Distinum, chest wall and diaphragm, Imaging of cystic masses of the mediastinum. Radiographics. 2002; 22: S79-S93.
- 5- Van Dam J, Rice TW, Sivak MV. Endoscopic ultrasonography and endoscopically guided needle aspiration for the diagnosis of upper gastrointestinal tract foregut cysts. Am J Gastroenterol. 1992; 87:762-65.

- 6- Cioffi, L, Bonavina M, De Simone L, Santambrogio G, Pavoni A. Presentation and surgical management of bronchogenic and esophageal duplication cysts in adults. *Chest*. 1998; 113; 1422-96.
- 7- Yasufuku M, Hatakeyama T, Maeda K, Yamamoto T, Iwai Y. Bronchopulmonary foregut malformation: a large bronchogenic cyst communicating with an Esophageal duplication cyst. *J Paediatr Surg*. 2003; 8: 1-3.
- 8- Ribet ME, Copin MC, Gosselin BH. Bronchogenic cysts of the lung. *Ann Thorac Surg*. 1996; 61: 1636-40.
- 9- Theodosopoulos T, Marinis A, Karapanos K, Vassilikostas G, Dafnios N. Foregut duplication cysts of the stomach with respiratory epithelium. *World J Gastroenterol*. 2007; 28; 13 (8): 1279-81.
- 10- Holemans JA, Rankin SC. Case report: oesophageal duplication cyst causing left lung collapse and hypoperfusion. *J Radiol*. 1995; 68: 82-84.
- 11- Smrita Dorairajan A. Senthamarai, combined esophageal duplication cyst with bronchogenic cyst. *Indian Pediatrics*. 2005; 42: 86-87.
- 12- Ott DJ, Wolfman NT, Wu WC. Endoscopic ultrasonography of benign esophageal cyst simulating leiomyoma. *J Clin Gastroenterol*. 1992; 15: 85-87.
- 13- Rafal RB, Markisz JA. Magnetic resonance imaging of an esophageal duplication cyst. *Am J Gastroenterol*. 1991; 86: 1809-11.
- 14- Bonavina L, Segalin A, Incarbone R. Surgical management of leiomyoma and extramucosal cysts of the esophagus. In: Bremner CG, DeMeester TR, Peracchia A, eds. *Modern approach to benign esophageal disease*. St. Louis: Quality Medical Publishing, 1995: 165-71.

Title: Infected esophageal duplication cyst in an adult man- A Case Report.

Authors: J. Hashemi¹, M. Mohammadi Fard², Z. Haghi³

Abstract:

Esophageal duplication cyst is a rare congenital foregut anomaly. Making a definite diagnosis is difficult preoperatively, although various imaging techniques can help to localize these lesions and exclude other causes. Here we present a patient who had an esophageal duplication cyst with infection, in which its signs on chest x-ray, computed tomography (CT), and barium swallow examination are reported.

Key Words: Computed tomography; Esophageal duplication cyst; Barium swallow

¹ Associate Professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran

² Corresponding Author, Assistant professor, Department of Radiology, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran mahyarmohammadifard@yahoo.com

³ Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, Iran