

گزارش یک مورد کیست برونکوژنیک

دکتر محمود امینی

استادیار گروه جراحی، فوق تخصص جراحی قفسه سینه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

تاریخ دریافت ۸۵/۴/۴، تاریخ پذیرش ۸۵/۹/۸

چکیده

مقدمه: کیست‌های برونکوژنیک ضایعات مادرزادی نادری هستند که از دیواره شکمی پیشین روده منشأ می‌گیرند و اغلب در مدیاستن میانی ایجاد می‌شوند. این کیست‌ها به ندرت در ابتدای تولد علامت‌دار می‌شوند و تشخیص آنها معمولاً تا زمانی که بزرگ یا عفونی شوند و یا عارضه ایجاد کنند به تأخیر می‌افتد. در این مقاله یک مورد بیمار مبتلا به عارضه کیست برونکوژنیک گزارش می‌شود.

مورد: بیمار مرد ۴۷ ساله‌ای بود که با درد ناگهانی قفسه سینه و تنگی نفس شدید، تاکی پنه و کاهش واضح صداهای تنفسی ریه راست مراجعه کرده بود. در بررسی انجام شده علائم پنوموتوراکس در رادیوگرافی ریه مشاهده شد. برای او لوله قفسه سینه گذاشته شد اما به دلیل عدم پاسخ به درمان تحت توراکوتومی اورژانس قرار گرفت و یک کیست منفرد و نسبتاً بزرگ در پارانشیم ریه راست و متصل به درخت برونشپال مشاهده گردید. بلافاصله رزکسیون انجام شد و با توجه به گزارش پاتولوژی مشخص گردید که پنوموتوراکس بیمار ثانویه به پارگی کیست برونکوژنیک ایجاد شده است.

نتیجه گیری: پارانشیم ریه محل شایعی برای ایجاد کیست برونکوژنیک نمی‌باشد اما به دلیل عوارض شدیدی که می‌تواند به همراه داشته باشد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از آنجا که همیشه امکان تشخیص دقیق قبل از عمل جراحی وجود ندارد لازم است در تمام موارد مشکوک به کیست برونکوژنیک رزکسیون ضایعه انجام شود.

کلید واژگان: کیست برونکوژنیک، پنوموتوراکس، دیواره شکمی پیشین روده

*نویسنده مسئول: اراک، بیمارستان ولی عصر

E mail: dr_Amini@yahoo.com

مقدمه

قفسه سینه روش‌های ارزشمندی برای تشخیص کیست برونکوژنیک هستند. کیست‌ها در رادیوگرافی به صورت توده‌های کروی یا بیضوی با دیواره صاف و دانسته یکنواخت دیده می‌شوند و منجر به پر هوایی ریه‌ها در گرافی نیز می‌گردند. اگر کیست با برونش ارتباط داشته باشد سطح مایع هوا در آن دیده می‌شود. سی تی اسکن؛ اندازه، شکل و موقعیت کیست‌ها را نسبت به ساختمان‌های اطراف دقیق‌تر نشان می‌دهد (۵-۷).

پس از تشخیص در صورت عدم وجود ممنوعیت طبی خاص، برداشتن کیست‌ها به وسیله جراحی توصیه می‌شود چراکه می‌تواند جهت تأیید تشخیص، تخفیف علائم و پیش‌گیری از عوارض به ویژه عفونت ثانویه و خطر ایجاد کارسینوم کمک کننده باشد (۲،۱).

تاکنون موارد بسیار معدودی از کیست‌های برونکوژنیک و عوارض آن در ایران گزارش شده است لذا در این مقاله به معرفی یک مورد از این بیماری می‌پردازیم.

مورد

بیمار مرد ۴۷ ساله‌ای بود که با شکایت درد قفسه سینه مراجعه کرده بود. درد او به صورت ناگهانی شروع شده، ماهیت تیز و خنجری داشته و با حرکات قفسه سینه در حین تنفس تشدید می‌شده است. همراه با درد، احساس تنگی نفس شدید داشته اما سرفه، هموپتیزی یا علامت همراه دیگری نداشته است. سابقه مصرف دخانیات، سابقه عفونت قبلی، سابقه بستری و عمل جراحی، سابقه تروما و مراجعه به پزشک به دلیل علائم مشابه وجود نداشت. در معاینه فیزیکی، بیمار در وضعیت خمیده به جلو روی تخت نشسته بود، کمی مضطرب به نظر می‌رسید، درجه حرارت، فشار خون و ضربان قلب بیمار طبیعی بود اما تاکی پنه داشت. در معاینه سر و گردن نکته قابل توجهی وجود نداشت. در معاینه قفسه سینه، حرکات قرینه بود و تغییر شکل آناتومیک مشاهده نشد. در لمس تندرست نداشت

کیست‌های برونکوژنیک^۱ ضایعات مادرزادی نادری هستند که در مراحل اولیه تکامل سیستم تنفسی از دیواره شکمی پیشین روده^۲ منشأ می‌گیرند. این ضایعات خوش خیم اغلب منفرد هستند و اندازه آنها بین ۲ تا ۱۰ سانتی متر است. اکثر کیست‌ها گرد و چند حفره‌ای می‌باشند و در مדיاستن میانی، نزدیک به خط وسط و در ناحیه زیرین کارینا^۳ ایجاد می‌شوند (۱-۴). اما با شیوع کمتر در پوست، بافت زیر جلدی، پارانشیم ریه، پریکارد، داخل یا زیر دیافراگم، حفره شکم و سخت شامه نخاع نیز دیده شده‌اند. از نظر بافت شناسی کیست‌های برونکوژنیک حاوی بافت همبند، اپی تلیوم تنفسی، عضله صاف، غدد مختلط سروزی - موکوسی تنفسی و غضروف هستند (۵،۳). این کیست‌ها به ندرت در ابتدای تولد علامت‌دار می‌شوند و تشخیص آنها معمولاً تا زمانی که بزرگ یا عفونی شوند و یا عارضه ایجاد کنند به تأخیر می‌افتد و یا ممکن است به طور اتفاقی کشف شوند (۴،۳). علائمی که به طور شایع‌تر ایجاد می‌شوند عبارتند از: سرفه، تب، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تفس صدا دار، سیانوز، دیسفاژی و استفراغ (۶،۴).

کیست‌های برونکوژنیک هم‌چنین می‌توانند عوارض زیادی ایجاد کنند که شایع‌ترین آنها عفونت مجاری تنفسی فوقانی می‌باشد. ممکن است کیست‌ها به داخل برونش یا نای پاره شده، هموپتیزی بدهند. پنوموتوراکس نیز عارضه نادر دیگری است که معمولاً همراه با التهاب پلور می‌باشد و اغلب از پاره شدن کیست‌ها به فضای پلورال ناشی می‌شود. در این صورت بیماران با علائم پنوموتوراکس مراجعه می‌کنند اما به درمان معمول آن پاسخ نمی‌دهند. علاوه بر این، کیست‌ها ممکن است به ندرت دچار تغییرات بدخیمی شده و کارسینوم برونکوژنیک ایجاد کنند (۴-۶). رادیوگرافی وسی تی اسکن

1 - Bronchogenic cysts.

2 - Ventral foregut.

3 - Sub Carina region.

سروزی - موکوسی گزارش گردید، برای بیمار تشخیص نهایی پنوموتوراکس ثانویه به پارگی کیست برونکوژنیک، گذاشته شد.

بحث

کیست‌های برونکوژنیک ضایعاتی مادر زادی هستند که علاوه بر نوزادان و اطفال، در بزرگسالان نیز باید مد نظر قرار داشته باشند. اگرچه تعدادی از این کیست‌ها بدون علامت هستند و اتفاقی کشف می‌شوند، اغلب ضایعات علامت‌دار می‌باشند و عوارض آنها شایع‌تر از علامت ناشی از وجود آنها مشاهده می‌شوند.

در کودکان، شایع‌ترین عارضه وجود کیست برونکوژنیک، عفونت ریوی و مجاری تنفسی فوقانی است اما در بزرگسالی عوارض شایع‌تر عبارتند از: اثر فشاری بر ساختمان‌های مجاور، عفونی شدن کیست با عوامل آلوده کننده برونش‌ها، خونریزی و پارگی کیست به داخل درخت برونش‌ها یا فضای جنب.

بیمار معرفی شده نیز یکی از مواردی است که با تظاهر یکی از عوارض غیر معمول کیست برونکوژنیک مراجعه کرده است. اغلب کیست‌های برونکوژنیک در مدیاستن تشکیل می‌شوند و ۲۰-۱۵ درصد آنها در پارانشیم ریه قرار می‌گیرند. در این بیمار نیز کیست در پارانشیم ریه و متصل به برونش واسطه قرار گرفته و پارگی کیست به داخل درخت برونش‌ها، پنوموتوراکس ایجاد کرده بود. اما از آنجا که هیچ علامت اختصاصی دال بر وجود کیست برونکوژنیک و هیچ نکته خاصی در شرح حال و سابقه قبلی بیمار وجود نداشت، به عنوان یک مورد معمولی پنوموتوراکس خود به خودی تحت درمان قرار گرفت و عدم پاسخ به درمان وی منجر به بررسی بیشتر گردید.

با توجه به رادیوگرافی انجام شده بیشترین احتمال تشخیص متوجه وجود یک ضایعه تاولی بزرگ ریوی بود. در

و درسمع، کاهش واضح صداهای تنفسی در سمت راست داشت. صداهای قلبی طبیعی بودند، در معاینه شکم و اندام‌ها نیز نکته غیر طبیعی تشخیص داده نشد.

برای بیمار رادیوگرافی قفسه سینه درخواست شد که در آن فضای پلورال سمت راست عریض شده و سفید رنگ دیده می‌شد و خط پلورال احشایی نیز نازک شده بود، دیافراگم سمت راست به پایین رانده شده و ناودان دنده‌ای - دیافراگمی^۱ در همان سمت عمیق تر شده بود و یک هیپرلوسنسی با حدود صاف در بالای دیافراگم سمت راست دیده می‌شد. با توجه به مجموع یافته‌های فوق، بیمار با تشخیص پنوموتوراکس خود به خودی^۲ بستری شد و جهت درمان برای او لوله قفسه سینه گذاشته شد.

طی ۲ روز آینده بیمار از نظر تنفسی تحت نظر بود و هر روز گرافی ریه برای او تکرار می‌شد اما به دلیل عدم اتساع طبیعی ریه راست و نشت وسیع و مداوم هوا^۳ و عدم بهبود علائم بالینی، در روز سوم با تشخیص یک ضایعه تاولی بزرگ^۴ تحت توراکتومی اورژانسی قرار گرفت. در حین جراحی یک کیست منفرد نسبتاً بزرگ در داخل پارانشیم ریه راست و متصل به برونش واسطه^۵ (بعد از محل جدا شدن شاخه برونش‌ها لوب فوقانی ریه راست) مشاهده شد. رزکسیون کامل ضایعه انجام شد و کیست جهت تشخیص پاتولوژی به آزمایشگاه ارسال گردید. در طی چهار روز آینده با توجه به سیر بهبودی علائم و بازگشت و اتساع طبیعی ریه راست، لوله قفسه سینه خارج شد و در روز پنجم، بیمار با حال عمومی خوب ترخیص گردید.

با توجه به این که در پاتولوژی ضایعه، یک کیست حاوی بافت همبند با سلول‌های اپی تلیال تنفسی و غدد

- 1 - Costophrenic Sulcus.
- 2 - Spontaneous Pneumothorax.
- 3 - Massive air leak.
- 4 - Large bulla.
- 5 - Intermediate bronchus.

لزوم انجام آن در مورد هر بیمار با نظر جراح مربوطه تأیید یا رد می‌شود.

منابع

1. Zvulunov A, Amichai B, Grunwald MH, et al. Cutaneous bronchogenic cyst: Delineation of a poorly recognized lesion. *Pediatr Dermatol* 1998; 15(4):277-81.
2. Chernick V, Boat TF, Kendig EL, et al. *Kendig's disorders of the respiratory tract in children*. 6th ed. Philadelphia: W B Saunders company; 1998. p. 305-7,766-8.
3. سرداری زاده ح، کبیر ع. گزارش یک مورد کودک مبتلا به کیست برونکوژنیک همراه با مروری بر تشخیص و درمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۱۳۸۱، سال نهم، شماره ۲۸، ۶۱-۵۸.
4. Sarper A, Ayten A, Golbasi I, Isin AD. Bronchogenic Cyst. *Text Heart Inst J* 2003; 30(2): 105-108.
5. Rapado F, Bennett JD, Stringfellow JM. Bronchogenic Cyst: an unusual cause of Lump in the neck. *J Larngol Otol* 1998;112; 893-4.
6. Takeda M, Nakajima D, Yamashina A, Fujimoto T, Nakai M, Moriki T, Chihara K, Fukuoka T. Intrapulmonary bronchogenic cysts. *Division of thoracic surgery, Shizuoka hospital, Japan* 2006; 59(9):831-5.
7. Kouerinis IA, Zografos GC, Exarchos DN, Argiriou ME, Manoussaridis J T, Fotiadis E P, et al. *World J Surg Oncol* 2006;4:56-61.

این مرحله انجام سی تی اسکن ریه می‌توانست در جهت تأیید یا رد تشخیص فوق کمک کننده باشد که با توجه به شرایط اورژانسی بیمار، تصمیم به انجام عمل جراحی گرفته شد.

بعد از توراکتومی و مشاهده ضایعه کیستیک در داخل پارانشیم ریه، تشخیص‌های افتراقی مطرح شده برای بیمار شامل هیداتیدوزیس، آبسه ریوی، توبرکلوزیس، ضایعه تاولی عفونی و کیست نئوپلاستیک بودند (۶،۴).

با توجه به این که بهترین راه افتراق این موارد انجام اکسیژون جراحی و نمونه‌برداری از ضایعه است، رزکسیون کیست انجام شد و گزارش پاتولوژی، تشخیص نهایی کیست برونکوژنیک را تأیید کرد. از آنجا که همیشه امکان تشخیص دقیق قبل از عمل جراحی وجود ندارد لازم است در تمام موارد مشکوک به کیست برونکوژنیک، رزکسیون ضایعه انجام شود (۴).

نتیجه گیری

توجه به سیر بیماری مورد معرفی شده بر این نکات تأکید می‌کند که:

۱- کیست برونکوژنیک ممکن است تاسنین میانسالی هیچ علامتی ایجاد نکند.

۲- اگر چه پنوموتوراکس عارضه شایعی از وجود کیست برونکوژنیک نمی‌باشد می‌تواند تنها تظاهر بیماری باشد لذا در تشخیص افتراقی بیماران مبتلا به پنوموتوراکس خود به خودی بایستی احتمال پارگی کیست برونکوژنیک بدون علامت را نیز مد نظر داشت.

۳- پارانشیم ریه محل شایعی برای ایجاد کیست برونکوژنیک نمی‌باشد اما به دلیل عوارض شدیدی که می‌تواند به همراه داشته باشد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

۴- انجام توراکتومی در انواعی از پنوموتوراکس خود به خودی که با گذاشتن لوله قفسه سینه بهبود نمی‌یابند می‌تواند علاوه بر درمان، یک روش تشخیص قطعی نیز باشد که البته

A Case report of bronchogenic cyst

Amini M¹

Abstract

Introduction: Bronchogenic cysts are rare congenital lesions which originate from ventral foregut and most commonly originated in the central mediastinum. They rarely have symptoms and at the time of diagnosis they usually are large, infectious or complicated. In this study a case report of bronchogenic cyst is reported.

Case: The patient to be presented is a 47 years old man with sudden onset of chest pain, severe dyspnea, tachypnea and decreasing right lung sounds. Symptoms of pneumothorax were observed in lung radiography. The patient was treated by inserting chest-tube, but there was no response to the treatment. Urgent thoracotomy was performed. A large single bronchogenic cyst was detected in the right lung parenchyma attached to intermediate bronchus. Complete resection was performed. According to the pathology report, pneumothorax was developed secondary to rupture of the bronchogenic cyst.

Conclusion: Lung parenchyma is not a common area for developing bronchogenic cyst but it has special importance because of it's severe complications. Since exact diagnosis is not always possible before surgery, it is necessary to perform resection in all suspicious cases.

Key word: Bronchogenic cyst, pneumothorax, ventral foregut

1 - Assistant professor, thorax surgeon, school of medicine, Arak University of medical sciences.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.