

## آسکاریس در کیسه صفرا (گزارش یک مورد)

دکتر سید عبدالله ابوترابی

گروه رادیولوژی مرکز پزشکی - آموزشی و درمانی شفیعه

دانشگاه علوم پزشکی زنجان

### مقدمه:

در اینکتهای انسدادی بررسی مجاری صفراوی، کلدوک، سرپانکراس و ناحیه اودی ضروری است. سنگ و تومورها عوامل عمده انسداد صفراوی محسوب می‌شوند. کله‌سیستیت از عواملی است که شیوع کمتری دارد.

علاوه بر عوامل فوق، در مناطق آندمیک استقرار کرم آسکاریس در مجرای کلدوک جزو عمل اینکته انسدادی محسوب می‌شود. (۱)، کرم آسکاریس در مجاری داخل کبدی بخصوص در لوب چپ نیز گزارش گردیده (۲) ولی وجود کرم آسکاریس بالغ در کیسه صفرا طی سالهای اخیر تنها در یک مورد اتوپسی دخترچه دوساله سیاهپوست در سال ۱۹۸۶ گزارش شده است. (۳).

از آنجائیکه آسکاریس بالغ در ۸۷/۲٪ موارد ژنوم را بدلیل فراوانی غذای قابل دسترس برای زندگی انتخاب می‌کند (۴) علائم و عوارض روده‌ای

آسکاریس شایعتر هستند ولی در بعضی از موارد، کرمهایی که به مواد صفراوی علاقه دارند، مسیروصفرا را کنجکاوانه طی می‌کنند و به زحمت خود را از اسفنکتر اودی رد کرده و به کلدوک می‌رسانند و ندرتاً از مجرای سیستیک وارد کیسه صفرا می‌شوند ولی با خوردن مواد صفراوی مرگشان فرا می‌رسد. اگر این پدیده‌ها در کلدوک رخ بدهد، منجر به انسداد مکانیکی مجرای کلدوک میشود ولی در کیسه صفرا این پدیده موجب کله‌سیستیت می‌گردد. عبور کرم از اسفنکتر اودی بخودی خود عاملی تحریک‌کننده بوده و موجب حالت التهابی کله‌سیستیت و نیمه انسدادی در کلدوک می‌شد.

### معرفی بیمار:

ج.ا. ۲۹ ساله، نانوا بدلیل درد در ناحیه RUQ و اینکته به بیمارستان مراجعه می‌کند. بیمار از ۲ سال قبل

دسترسی به امکانات و تجربه کافی در خارج کردن آن از کیسه صفرا به طریقۀ E.R.C.P. تصمیم به کله‌سیستکتومی گرفته می‌شود. در طی عمل جراحی کیسه صفرای گشاد بوده و در لمس کرم طنابی در داخل آن حس می‌شد. کیسه صفرا در خارج از میدان عمل باز و یک کرم حدود ۲۰ سانتی‌متر که هنوز زنده بود و تکان می‌خورد خارج شد.

سابقه دردهای مبهمی در ناحیه اپی‌گاستر و دورناب که گاهی همراه استفراغ نیز بوده است، داشته که از روز قبل بدلیل درد شدید RUQ همراه با استفراغ، تب و ایکتر به بیمارستان داخلی مراجعه نموده و بستری می‌شود.

نتیجه آزمایشات درخواستی کلاً به نفع ایکتر انسدادی بوده و ضمن بررسی روتین سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی درخواست می‌شود که در سونوگرافی آسکاریس زنده داخل کیسه صفرا مشاهده گردد. (شکل ۱).



#### بحث و نتیجه‌گیری:

در مناطقی که آسکاریازیس آندمیک است، بخصوص در بیماران مبتلا به این نوع انگل، در مواقع بروز درد RUQ باید عوارض صفراوی آسکاریس را نیز در نظر داشت. درد حاصل از این عارضه می‌تواند بسیار شدید بوده و حتی به داروهای مسکن معمولی نیز پاسخ ندهد. در اغلب موارد همراه با درد صفراوی استفراغ نیز وجود دارد. احتمالاً درد بدنبال تنگی مجرای کلدوک، عفونت یا نفوذ آسکاریس به داخل بافت کبدی، تب،

در OCG عمل آمده کیسه صفرا قابل رویت نبوده و در مجرای کلدوک هوا مشاهده می‌شود. در این فاصله ایکتر بیمار کاهش یافته و از درد بیمار نیز کاسته می‌شود که مهاجرت کرم از مجرای کلدوک به کیسه صفرا و کاهش التهاب ناحیه دیستال مجرای کلدوک توجیه‌کننده آن می‌باشد. بیمار با این تابلو به بخش جراحی منتقل می‌گردد. با توجه به وجود کرم زنده آسکاریس در داخل کیسه صفرا و عدم

نظر داشت. در چنین مواقعی سونوگرافی یکی از بهترین وسایل تشخیص خواهد بود، چراکه با دیدن آسکاریس در داخل کیسه صفرا بخصوص اگر زنده باشد، هیچ تردیدی در تشخیص وجود نخواهد داشت.

نکوسیتوز و یرقان عارض گردد و یا اینکه همانند بیمار گزارش شده ما، آسکاریس به کیسه صفرا مهاجرت کند. مهاجرت های غیر معمول آسکاریس پس از دریافت داروهای ضد انگلی بخصوص میندازول بیشتر مشاهده می شود (۵). بنابراین باید پس از تجویز این داروها بروز چنین عارضه‌ای را در

#### REFERENCES:

- 1-TextBook of Radiology & Medical Imaging Sutton.  
Volume 2; Chapter 33-pag 934 Fifth Edition
- 2-Radiology : Taveras Volume 4; Chapter 67 B-1992. Paul & Juhl'S Essentials of Radiologic Imaging Fifth Edition 1987 Section III Page 492.

