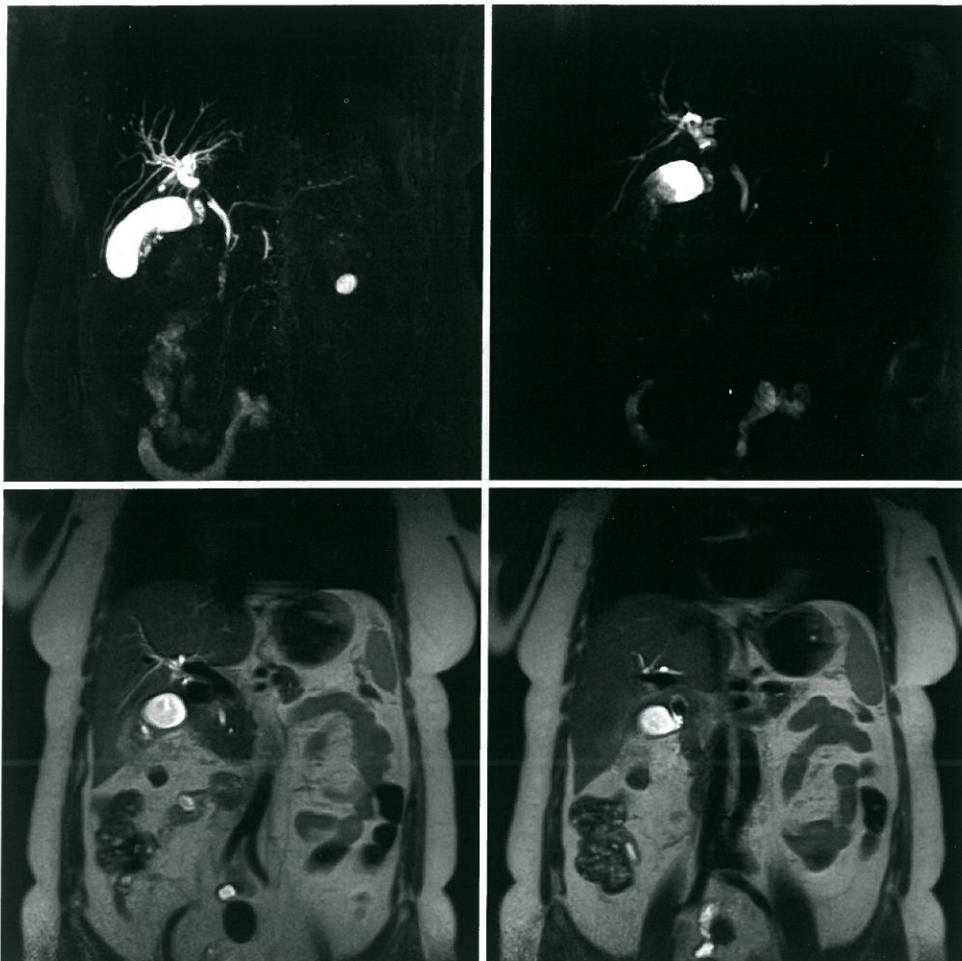


تشخیص شما ۱؟

تشخیص مورد یک:

بیمار خانم ۵۱ ساله که با درد شدید شکم (RUQ)، تهوع و استفراغ مراجعه کرده است. در سونوگرافی سنگ کیسه صفرا و در آزمایشات انجام شده افزایش آنزیم‌های کبدی گزارش شده بود.



تشخیص شما چیست؟

تشخیص در صفحه ۴۷

پرتو دانش

فصلنامه‌ی تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

■ دکتر علی بزم

متخصص جراحی عمومی
رئیس بیمارستان ولیعصر

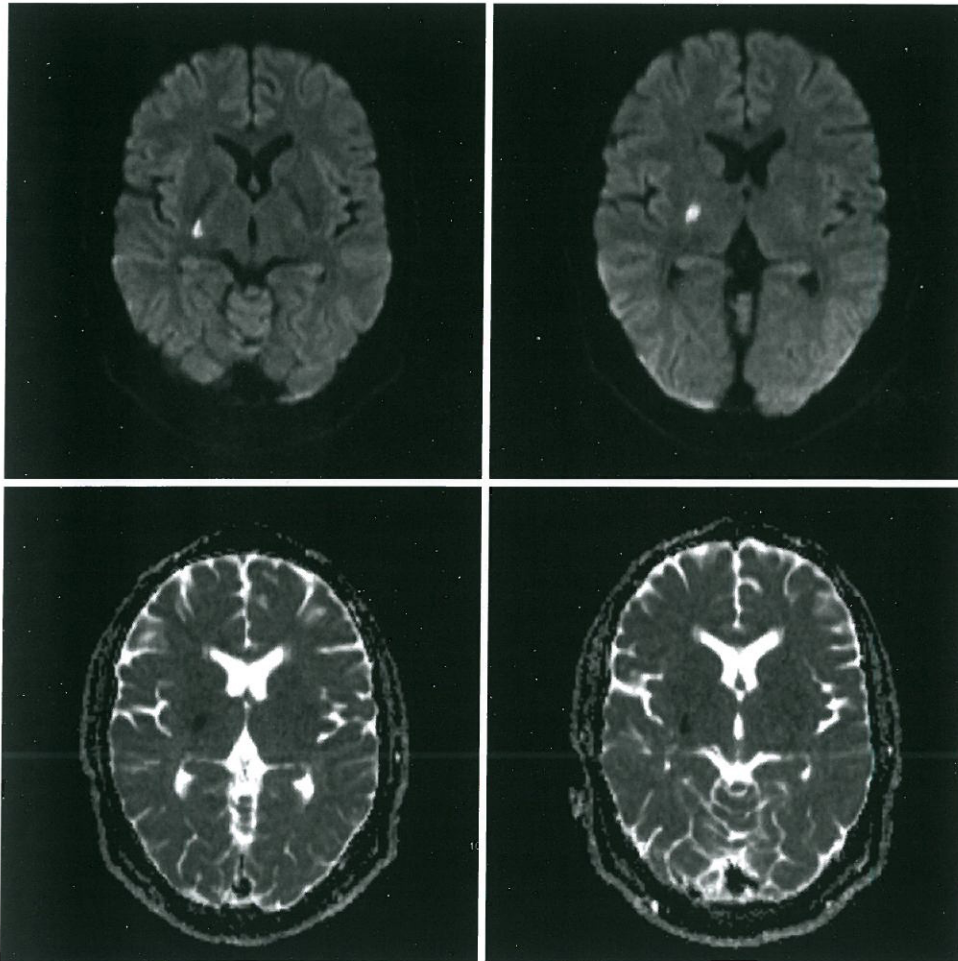
■ دکتر مریم مشایخی

متخصص رادیولوژی
مسئول فنی بخش MRI
مرکز تصویربرداری پرتو طب آزما
و تابش پرتو

تشخیص شما ۲؟

تشخیص مورد ۲:

بیمار آقای ۴۴ ساله است با سابقه دیابت که به طور حاد با عدم تعادل، همی پارزی و همی هیپوستزی سمت چپ از ۲ روز قبل مراجعه کرده است.



پرتو دانش

فصلنامه‌ی تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

■ دکتر ابوالقاسم کریمی

متخصص مغز و اعصاب
(نورولوژیست)

■ دکتر مریم مشایخی

متخصص رادیولوژی
مسئول فنی بخش MRI
مرکز تصویربرداری پرتو طب آزما
و تابش پرتو

تشخیص شما چیست؟

تشخیص در صفحه ۴۸

پاسخ تشخیص شما

پرتو دانش

فصلنامه تخصصی پزشکی و پیراپزشکی

تشخیص مورد ۱:

Mirrizi Syndrome تپ ۱

یافته‌های تصویربرداری:

تصویر یک فیلینگ دیفکت بزرگ در محل سیستیک داکت دیده می‌شود که منجر به اثر فشاری اکسترینک بر روی CHD و انسداد مکانیکال پارشیل و اتساع مجاری صفراوی داخل کبدی شده است.

Mirrizi Syndrome:

این سندرم یک عارضه نادر سنگ کیسه صفرا است که می‌تواند منجر به افزایش ریسک آسیب مجاری صفراوی گردد که در اثر Impaction سنگ در محل گردن کیسه صفرا یا سیستیک داکت ایجاد می‌شود که منجر به اثر فشاری اکسترینسک بر روی CHD و ایجاد انسداد مکانیکال پارشیل می‌شود.

این سندرم معمولاً به دو تیپ تقسیم بندی می‌شود:

۱- Type 1: انسداد CHD است به علت انسداد مکانیکی مجرای مشترک صفراوی و یا به علت تنگی التهابی می‌باشد.

۲- Type 2: که با اروژن دیواره CHD همراه است که منجر به کله سیستوکلدو کال فیستول می‌شود.

دیدن یک سنگ کیسه صفرا در محل اتصال CHD و سیستیک داکت همراه با اتساع مجاری صفراوی و یا التهاب کیسه صفرا تشخیصی هستند.

اگر چه سونوگرافی و سی تی اسکن معمولاً می‌تواند وجود سنگ کیسه صفرا و یا سطح انسداد را نشان دهد اما MRCP می‌تواند بطور دقیق‌تری ماهیت انسداد را مشخص نموده و محل سنگ را در درخت صفراوی و نیز انسداد مجاری سیستیک را مشخص نماید و علاوه بر این آناطومیکی که می‌تواند مستعد کننده این سندرم باشند مثل Low insertion مجرای سیستیک و یا وجود یک مجرای سیستیک طویل موازی را مشخص نماید.

بعضی از جراح‌ها وجود این سندرم را به دلیل ایجاد اختلال در مشاهده ساختمان‌های داکتال در حین کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی و امکان آسیب رسانی به مجاری صفراوی به عنوان یک کنترااندیکاسیون برای استفاده از تکنیک لاپاراسکوپی به حساب می‌آورند.

لذا تشخیص قبل از جراحی این سندرم باعث تغییر approach جراحی به منظور اجتناب از آسیب مجاری صفراوی خواهد شد. در عمل جراحی التهاب شدید کیسه صفرا و آبسه در ناحیه گردن کیسه صفرا داشت. در ناحیه Hartmans pouch چسبندگی به CHD داشت که به علت آبسه نکروز شده بود و سیستیک داکت دیده نمی‌شود. بیمار کله سیستکتومی شده و T-Tube گذاشته شد.

■ دکتر علی بزم

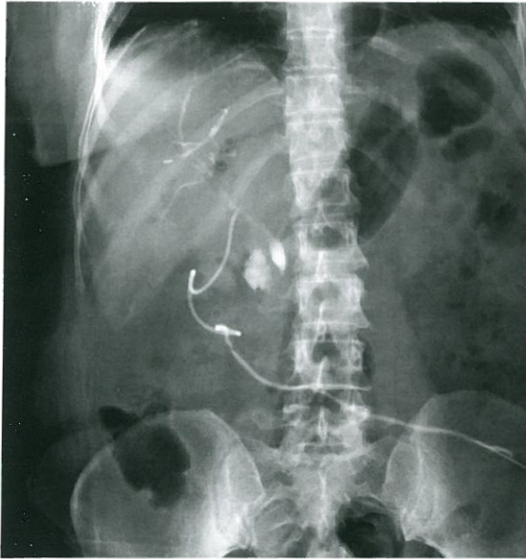
متخصص جراحی عمومی
رئیس بیمارستان ولیعصر

■ دکتر مریم مشایخی

متخصص رادیولوژی
مسئول فنی بخش MRI
مرکز تصویربرداری پرتو طب آزما
و تابش پرتو

■ دکتر ابوالقاسم کریمی

متخصص مغز و اعصاب
(نورولوژیست)



در این T-Tube Cholangiography که بعد از عمل جراحی انجام شده، پس از تزریق ماده حاجب از طریق تی - تیوب، مجاری صفراوی داخل و خارج کبدی توسط ماده حاجب اپاسیفیه شده اند و عبور آزادانه ماده حاجب به داخل دئودنوم دیده می شود. علیرغم وجود تغییرات التهابی و چسبندگی های فراوان در حین عمل همانطور که مشاهده می شود آسیبی به مجاری صفراوی و CBD وارد نشده است و مجاری صفراوی نمای طبیعی دارند. سه هفته بعد از عمل T-Tube کشیده شد.

تشخیص مورد ۲:

Anterior Choroidal Artery Syndrome

این سندرم ناشی از انفارکت در تریتوری شریال کوروئیدال قدامی است. شریال کوروئیدال قدامی (ACHA) از قسمت سوپراکلونئید شریال اینترنال کاروتید بلافاصله بعد از جدا شدن P com منشعب می شود. ندرتا ممکن است این شریان از شریان مغزی میانی (MCA) جدا گردد. این شریان نواحی زیر را خون رسانی می کند:

- کوروئید پلکسوس بطن جانبی و بطن سوم

- کیاسمای اپتیک و اپتیک تراکت

- اینترنال کپسول

- لاترال ژنیکولیت بادی

- گلوبوس پالیدوس و دم هسته کودیت

- هیپوکامپوس و آمیگدالا

ACHA Syndrome که ناشی از انفارکت در تریتوری این شریان است اولین بار توسط Foix و همکارانش توضیح داده شد و عبارتند از:

- همی پلژی سمت مقابل (به دلیل ابتلاء پیرامیدال تراکت در limb خلفی اینترنال کپسول است که ثابت ترین یافته می باشد).

- همی هیپوستزی سمت مقابل: به دلیل ابتلاء قسمت پوسترولاترال نوکلئوس تالاموس.

- همونیموس همی انویا: به دلیل ابتلاء لاترال ژنیکولیت بادی.

علت این انفارکت در موارد مختلف گوناگون است اما در ضایعات کوچک تر هیپرتانسیون مزمن و Small Vessel disease مهم ترین ریسک فاکتورها هستند.

و انفارکت های بزرگ تر در این تریتوری بیشتر ناشی از آمبولی می باشد. سایر علل عبارتند از تنگی ICA.

این سندرم در مردان دیابتیک شایع تر است و تقسیم بندی آن بر اساس سائز عبارتند از:

Small < 2cm

Large ≥ 2cm