

دکتر امین صدر آذر؛ فوق تخصص بیماری های گوارش و کبد،
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

کیست ها و آبسه های کبدی

کیست های ساده

پاتوفیزیولوژی

این کیست ها مادرزادی هستند. کیست پوشیده از اپیتلیوم صفراوی است اما مایع کیست حاوی صفرا نیست. از آنجایی که مایع به طور مداوم ترشح می شود، پس از آسپیراسیون دوباره تجمع می یابند.

تظاهرات بالینی

کیست های ساده معمولاً بدون علامت هستند. اگر بزرگ باشند می توانند باعث درد ربع فوقانی راست و علائم نفخ شوند. اگر خیلی بزرگ باشند، ممکن است در شکم قابل لمس باشند. پارگی، پیچ خوردگی و زردی ناشی از انسداد مجرای صفراوی نادر است.

روش های بررسی و تشخیص

سونوگرافی، MRI و سی تی اسکن می تواند آناتومی کیست را نشان دهد. LFT ها ممکن است اندکی غیر طبیعی باشند.

درمان

گزینه ها شامل انتظار رفع خود به خود کیست یا در صورت بروز علائم، آسپیراسیون یا اسکلوترابی است. لاپاراسکوپی یا فنستراسیون باز ممکن است موثرتر باشد، اما با میزان بالاتری از عوارض و مرگ و میر همراه است. کیست های علامت دار به خوبی به درمان پاسخ می دهند.

بیماری کبد پلی کیستیک

پاتوفیزیولوژی

PLD بزرگسالان مادرزادی است و معمولاً با بیماری کلیه پلی کیستیک اتوزومال غالب همراه با جهش در ژن های PRKCSH و SEC63 یا PKD1 و PKD2 همراه است. تحقیقات زیادی در مورد نقص های ژنتیکی انجام شده است. شیوع PLD جدا شده در جمعیت عمومی ۱ تا ۱۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. با توجه به الگوی توارث اتوزومی PLD جدا شده، مردان و زنان باید در معرض خطر یکسان باشند. با

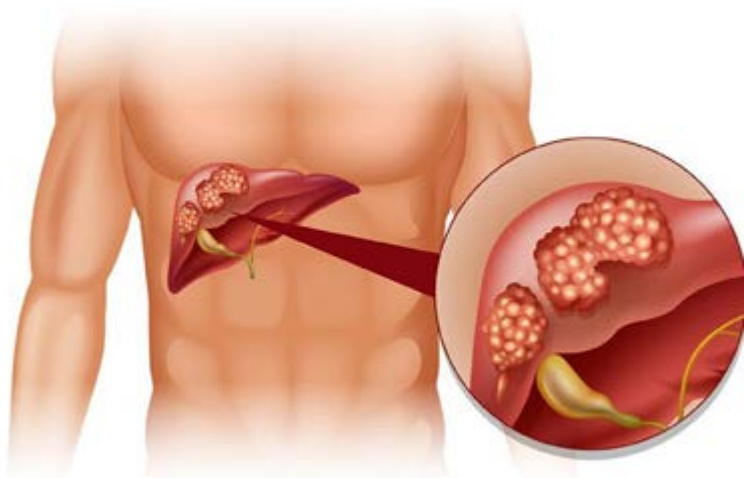
کیست های کبدی کیسه های پر از مایعی هستند که روی کبد ظاهر می شوند. تقریباً همه کیست های کبدی خوش خیم هستند و به اندازه ای بزرگ نمی شوند که علائم ایجاد کنند. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی ممکن است کیست های کبدی را با نظارت بر کیست ها درمان کنند. آنها همچنین ممکن است کیست ها را با جراحی یا دارو درمان کنند.

انواع ضایعات کیستیک کبد

- کیست های ساده
- کیست های متعدد به دلیل بیماری کبد پلی کیستیک (PLD)
- کیست های نئوپلاستیک
- کیست های هیداتید (اکینوкок).
- آبسه های کبدی
- کیست های دیگر می توانند در ناحیه کبد ایجاد شوند اما این کیست ها از کیست های کبدی جدا می شوند زیرا مجاری صفراوی را درگیر می کنند. آنها عبارتند از:
- کیست مجرای داکتال
- کیست کلدوک: اتساع مادرزادی بخشی یا کل مجرای صفراوی مشترک
- کیست های مرتبط با بیماری کارولی: بیماری کارولی ترکیبی از اتساع کیستیک مجاری صفراوی داخل کبدی و بیماری کلیه پلی کیستیک نوزادی است. دارای توارث اتوزوم مغلوب است. می تواند با تب، درد شکم و حملات مکرر کلانژیت تظاهر کند.

اپیدمیولوژی

کیست های کبدی معمولاً بدون علامت هستند و اغلب به صورت اتفاقی یافت می شوند، بنابراین، پیش بینی شیوع دقیق آن دشوار است. یک مطالعه نروژی روی جمعیت بیماران بیمارستان دانشگاهی با استفاده از سونوگرافی، بروز ۱۱/۳٪ (۱۲/۵٪ زن و ۹/۷٪ مرد) را نشان داد. هیچ بیمار زیر ۴۰ سال نبود.



9-19 (CA) ممکن است افزایش یابد و در مایع کیست نیز قابل اندازه گیری است. الگوهای معمولی ممکن است در سی تی اسکن دیده شود. MRI و سونوگرافی تقویت شده نیز می توانند مفید باشند.

درمان

درمان این کیست ها از طریق برداشتن کامل آن است، با این وجود سیستمادونوکارسینوم می تواند عود کند.

← کیست های هیداتید

پاتوفیزیولوژی

کیست های هیداتید در اثر آلودگی به انگل Echinococcus granulosus ایجاد می شوند. گوشتخوارانی مانند سگ و گرگ به عنوان میزبان مخزن عمل می کنند. آنها تخم ها را با مدفوع خود دفع می کنند که می توانند توسط گوسفند، گاو و انسان بلعیده شوند. لارو تخم ها سپس به دستگاه گوارش و عروق مزانتریک این میزبان های واسط حمله کرده و می توانند به کبد منتقل شوند. در کبد، لاروها رشد می کنند و کیست هیداتید ایجاد می شود و کیست های دختر تولید می کند. سایر گوشتخوارانی که کبد میزبان های حدواسط را می خورند می توانند آلوده شوند و کرم های بالغ در دستگاه گوارش آنها رشد کنند. این انگل در سراسر جهان یافت می شود. عفونت انسانی اغلب در کسانی رخ می دهد که گوسفند یا گاو پرورش می دهند یا با سگ تماس دارند.

مهاجرت فزاینده جمعیت ها از مناطق بومی که در آن میزان شیوع به ۵-۱۰ درصد می رسد و سیر بالینی خاموش، تشخیص دقیق و به موقع را دشوار می کند. به دنبال عفونت، تشکیل کیست عمدتاً در کبد (۷۰٪) رخ می دهد.

تظاهرات بالینی

می تواند برای سال ها بدون علامت باشد یا می تواند با درد و توده بزرگ ربع فوقانی راست تظاهر کند. کیست های بزرگ می توانند به درخت صفراوی پاره شوند و باعث یرقان یا کلاژیت شوند و از طریق دیافراگم به قفسه سینه، یا به حفره صفاق وارد شده و باعث شوک آنافیلاکتیک شوند. عفونت ثانویه و آبسه های کبدی می تواند در نتیجه پارگی کیست هیداتید ایجاد شود. کیست های هیداتیک ممکن است در ریه ها و سایر اندام ها نیز تشکیل شوند.

روش های بررسی و تشخیص

ممکن است اتوزینوفیلی وجود داشته باشد. تیترا آنتی بادی اکینوкок در حدود ۸۰ درصد بیماران مثبت است. مثبت کاذب و منفی کاذب ممکن است رخ دهد. ظاهر کلاسیک کیست های دخترتری در یک حفره اصلی با دیواره ضخیم ممکن است در اسکن سی تی یا MRI دیده شود.

این حال، نسبت زن به مرد به دلیل سطوح بالاتر استروژن در زنان ۱:۶ است که تولید کیست را تحریک می کند، در نتیجه زنان دارای علائم بیشتری هستند.

تظاهرات بالینی

کیست های کلیه معمولاً قبل از ایجاد کیست های کبدی و بیماری مزمن کلیه ایجاد می شوند، با این حال، PLD به ندرت منجر به فیبروز کبدی و نارسایی کبد می شود. هیپاتومگالی و درد شکمی ممکن است وجود داشته باشد. کیست ها معمولاً اولین بار در دوران بلوغ مشاهده می شوند. پارگی، خونریزی و عفونت نادر است.

روش های بررسی و تشخیص

معاینه کلیه ها و عملکرد کلیه باید انجام شود. LFT ممکن است غیر طبیعی باشد اما نارسایی کبد نادر است. سونوگرافی، MRI و سی تی اسکن چندین کیست کبدی را نشان می دهد.

درمان

درمان در صورت بروز علائم لازم است. گزینه ها مانند کیست های ساده، شامل اسپیراسیون-اسکلروتراپی و برداشتن کامل کیست هستند. گاهی اوقات از پیوند کبد استفاده می شود.

← کیست های نئوپلاستیک

زمانی تصور می شد که ضایعات کیستیک کبدی نسبتاً ناشایع هستند. با این حال، با پیشرفت مداوم و بهبود دسترسی بیماران به تصویربرداری مقطعی، بیشتر تشخیص داده می شوند. نئوپلاسم کیستیک موسینوس یک زیرمجموعه منحصر به فرد در دیفرانسیل کیست کبدی است و شامل زیرگروه نئوپلاسم کیستیک موسینوس است که به آن سیستمادنوماهای صفراوی (BCA) و سیستمادونوکارسینوما (BCAC) نیز گفته می شود. ترکیبات BCA و BCAC کمتر از ۵ درصد از کل بیماری های کبد کیستیک را تشکیل می دهند. سیستمادنوما ضایعه پیش بدخیم است.

تظاهرات بالینی

معمولاً بدون علامت یا مبهم بوده و نفخ، حالت تهوع و پری ممکن است رخ دهد. درد شکم و انسداد صفرا می تواند با بزرگ شدن آنها ایجاد شود.

روش های بررسی و تشخیص

LFT ممکن است طبیعی باشد. سطوح آنتی ژن کربوهیدرات

درمان

درمان کیست برای جلوگیری از عوارض ناشی از رشد و پارگی کیست مورد نیاز است. در درمان از شیمی درمانی با آلبندازول یا میندازول تا روش های پوستی و جراحی های معمولی استفاده می کنند.

آبسه های کبدی

آبسه های کبدی توسط ارگانیزم های باکتریایی، انگلی یا قارچی ایجاد می شوند. در کشورهای توسعه یافته، آبسه های پیوژنیک شایع ترین علت هستند، اما در سراسر جهان، آمیب شایع ترین علت است.

اپیدمیولوژی

یک مطالعه بزرگ آمریکایی میزان بروز را ۳/۶ در هر ۱۰۰۰۰ نفر تخمین زد. با این حال، بروز آن از نظر جغرافیایی متفاوت است و یک مطالعه بر روی بیماران تایوانی، بروز ۱۷/۶ در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت را گزارش کرده است. یک مطالعه در بریتانیا در بیمارستانی در بیرمنگام که به جمعیت چند قومی ۵۰۰۰۰ نفری خدمات ارائه می کرد، ۸۶ بیمار را شناسایی کرد.

اتیولوژی

آبسه پیوژنیک کبد

- می تواند تک یا چندتایی باشد. یک مطالعه نشان داد که لوب راست در ۷۴٪ موارد، سمت چپ در ۱۶٪ و هر دو لوب در ۱۰٪ موارد مبتلا بود.
- بیشتر آنها ثانویه به عفونت منشاء شکم هستند. کلانژیت ثانویه ناشی از سنگ، تنگی یا بدخیمی شایع ترین علت آن است که از دیورتیکولیت، آپاندیسیت، بیماری کرون، زخم پپتیک سوراخ شده ناشی می شود.
- ممکن است یا ترورژنیک ثانویه ناشی از بیوپسی کبد یا استنت صفراوی مسدود شده باشد.
- اندوکاردیت باکتریایی و عفونت دندان از دیگر دلایل آن هستند.
- در افراد دارای نقص ایمنی شایع تر است.
- یک پژوهش در فرانسه نشان داد که ۱۷/۵ درصد از بزرگسالان مبتلا به آبسه کبد مبتلا به دیابت بودند.
- سیروز کبدی یک عامل خطر قوی است.
- آبسه کبدی یکی از عوارض کاتتریزاسیون ورید نافی در نوزادان است. در کودکان و نوجوانان معمولاً نقص ایمنی یا تروما وجود دارد.
- باشریشیاکلی، انتروباکتریاسه، باکتری های هوازی و سایر اعضای فلور دستگاه گوارش که اغلب مرتبط هستند، تمایل به عفونت چند میکروبی دارد. در طی ۲ دهه گذشته کلبسیلا پنومونیه به عنوان پاتوژن غالب مسئول ۵۰٪ تا ۸۸٪ PLA از موارد در جمعیت آسیایی ظاهر شده است و با فراوانی فزاینده ای در آفریقای جنوبی، اروپا و ایالات متحده گزارش شده است. اگر بیمار دچار نقص ایمنی باشد، احتمال

وجود عفونت با قارچ که شایع ترین عامل آن گونه های Candida بوده یا ارگانیزم های فرصت طلب بیشتر است.

آبسه آمیبی کبد

- ۱۲ درصد از جمعیت جهان به طور مزمن به آنتامبا هیستولیتیکا آلوده هستند. عفونت بیشتر در مناطق گرمسیری و نیمه گرمسیری رخ می دهد و در صورت عدم رعایت بهداشت و ازدحام بیش از حد احتمال بیشتری دارد.
- انتقال از طریق مدفوعی-دهانی است. آمیب ها به مخاط روده حمله می کنند و می توانند به سیستم ورید پورتال دسترسی پیدا کنند.
- E. histolytica باعث کولیت آمیب و اسهال خونی می شود، اما آبسه کبدی شایع ترین تظاهرات خارج روده ای عفونت است.
- آبسه کبدی می تواند بدون سابقه قبلی کولیت ظاهر شود. همچنین می تواند ماه ها تا سال ها پس از مسافرت به یک منطقه بومی ظاهر شود.
- در ۸۰٪ موارد لوب راست را تحت تاثیر قرار می دهد.

تظاهرات بالینی

- آبسه های متعدد حادث تر و آبسه های منفرد خفیف تر تظاهر می یابند.
- درد ربع فوقانی راست، حساسیت، هپاتومگالی، توده قابل لمس احتمالی.
- تب متناوب
- عرق شبانه.
- حالت تهوع و استفراغ.
- بی اشتها و کاهش وزن.
- سرفه و تنگی نفس به دلیل تحریک دیافراگم.
- درد ارجاعی به شانه راست.
- زردی: مطالعات با ذکر عللی مانند فشار کبدی ناشی از آبسه، کلستاز یا بیماری پارانشیمی، دامنه بروز آن را بین ۶ تا ۲۹ درصد گزارش کرده اند.
- تب با منشأ ناشناخته: آبسه های پیوژنیک کبد می توانند به صورت تب با منشأ ناشناخته (PUO) در برخی از افرادی که ممکن است درد ربع فوقانی راست نداشته باشند، ظاهر شوند. درد یک ویژگی بارز در آبسه کبد آمیبی است.

تشخیص افتراقی

- علل PUO
- بدخیمی متاستاتیکی که بر کبد تأثیر می گذارد.
- کارسینوم هپاتوسلولار.
- بیماری های صفراوی از جمله کوله سیستیت.
- پنومونی باکتریایی.
- گاستریت.

روش های بررسی و تشخیص

- افزایش تعداد گلبول های سفید
- افزایش میزان رسوب گلبول قرمز (ESR).
- کم خونی نرموکرومیک نرموسیتی خفیف.
- LFT های غیر طبیعی (افزایش آلکالین فسفاتاز، آلبومین کم، افزایش ترانس آمینازهای سرم، افزایش بیلی روبین).
- کشت خون در ۵۰٪ موارد مثبت است.
- مدفوع می تواند حاوی کیست یا تروفوزوئیت E. histolytica باشد.
- در صورت مشکوک بودن به E. histolytica باید سرولوژی انجام شود.
- برآمدگی همی دیافراگم راست در CXR. ممکن است آنلکتازی یا پلورال افیوژن باشد.
- سونوگرافی می تواند آبسه را نشان دهد و همچنین اجازه آسپیراسیون و تخلیه از راه پوست را می دهد. مایع آسپیره شده باید برای کشت و حساسیت ارسال شود. همچنین امکان بررسی درخت صفراوی را فراهم می کند.

- سی تی اسکن می تواند آبسه را نشان دهد، اجازه آسپیراسیون هدایت شده و تخلیه را بدهد و سایر آبسه های داخل شکمی یا علت احتمالی مانند بیماری دیورتیکولار، آپاندیسیت و غیره را نشان دهد. برای تشخیص آبسه های کوچک خوب است.
- کلاتژیوپانکراتوگرافی رتروگرا اندوسکوپی (ERCP) می تواند محل و علت انسداد صفراوی را نشان دهد و اجازه استنت گذاری و تخلیه را بدهد. بررسی ها همیشه باید به دنبال تعیین علت زمینه ای باشد.

درمان

آنتی بیوتیک ها:

۱- آبسه پیوژنیک کبد: یک مطالعه در انگلستان استفاده از سفالوسپورین نسل سوم به همراه یک عامل ضد بی هوازی مانند مترونیدازول را به عنوان رایج ترین درمان خط اول گزارش کرد. خط دوم پنی سیلین به اضافه مترونیدازول استفاده شد. مقاومت آنتی بیوتیکی یک مشکل رو به افزایش است. عواملی که احتمالاً این خطر را افزایش می دهند عبارتند از استنت های صفراوی ساکن، کلاتژیوت مکرر و دوره های متعدد آنتی بیوتیک. درمان ممکن است تا ۱۲ هفته مورد نیاز باشد و باید بر اساس تصویر بالینی، نتایج کشت، توصیه های میکروبیولوژیکی محلی و پایش رادیولوژیکی هدایت شود.

۲- آبسه آمیبی کبد: درمان انتخابی مترونیدازول است. بیش از ۹۰ درصد بیماران مبتلا به آبسه کبد آمیبی تنها با این روش بهبود می یابند. اکثر بیماران در عرض ۴ روز به درمان پاسخ نشان می دهند. یک عامل لامینال مانند دیلوکسانید فوروات نیز باید به مدت ۱۰ روز برای از بین بردن آمیب روده پس از درمان موفقیت آمیز آبسه تجویز شود.

۳- آبسه قارچی: در صورت مشکوک شدن به آبسه قارچی از عوامل ضد قارچی مانند آمفوتریسین استفاده می شود.

تخلیه آبسه:

- اکثر بیماران مبتلا به آبسه پیوژنیک کبد و آنهایی که دارای آبسه های آمیبی بسیار بزرگ هستند، ممکن است تنها با آنتی بیوتیک بهبود نیافته و نیاز به تخلیه با هدایت سونوگرافی یا CT دارند.
- آسپیراسیون از راه پوست می تواند برای آبسه های کوچک انجام شود، اگرچه تخلیه کاتتر به استاندارد مراقبت تبدیل شده است. آبسه های بزرگتر نیز ممکن است نیاز به تخلیه کاتتر داشته باشند که با CT یا سونوگرافی هدایت می شود. در صورت وجود پارگی قریب الوقوع باید تخلیه نیز انجام شود.
- اگر آبسه پاره شده باشد و علائم پریتونیت وجود داشته باشد، یا اگر آبسه بزرگتر از ۵ سانتی متر یا چند جایگاهی باشد، یا اگر یک آسیب شناسی شکمی شناخته شده مانند آپاندیسیت وجود داشته باشد، ممکن است جراحی با لازم باشد.

اقدامات حمایتی

- مایعات
- تغذیه
- تسکین درد

عوارض

- سپسیس شدید
- پارگی آبسه به ساختارهای مجاور (فضاهای پلور، صفاق و پریکارد).
- عفونت ثانویه آبسه های کبدی آمیبی.

پیش آگهی

آبسه پیوژنیک کبد: پیشرفت در رادیولوژی تشخیصی و مداخله ای در طول سه دهه میزان مرگ و میر را از ۹-۸۰٪ به ۵-۳۰٪ کاهش داده است. عوامل موثر بر پیش آگهی عبارتند از: وجود شوک، آسیب حاد کلیه و نارسایی حاد تنفسی. آبسه آمیبی کبد: از زمان معرفی سریع تشخیص و درمان موثر پزشکی، میزان مرگ و میر به کمتر از ۱٪ کاهش یافته است.

منبع:

This is a translation into Farsi of an article originally published in English: Dr. Hayley Willacy, Liver cysts and abscesses. Available from patient info doctor, Last updated 28 Jul 2022.