

گزارش یک مورد پنوموتوراکس کاتامینال

دکتر سید حمید همتی*، دکتر مصیب شهریار**، دکتر مهرداد میرزائی***

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۲/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۲/۹

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه جراحی ریه

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه داخلی ریه

*** متخصص جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان

چکیده

پنوموتوراکس کاتامینال یک حالت نادر بالینی است که تا کنون ۲۲۹ مورد آن در دنیا گزارش شده است. در این بیماری که بصورت تیبیک در خانمهای دهه ۳ و ۴ زندگی بروز می کند آندومتريوز موجود در قفسه سینه و یا علل ناشناخته دیگری سبب بروز پنوموتوراکس های خودبخودی در فرد مبتلا می گردد. در این گزارش خانم ۳۹ ساله ای معرفی می شود که با علت تنگی نفس و درد قفسه سینه مورد بررسی و در نهایت با تشخیص پنوموتوراکس کاتامینال تحت درمان به روش توراکوسکوپیک قرار گرفته است با توجه به ماهیت پنوموتوراکس های خودبخودی که در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب بیماری زمینه ای، عود های مکرر و شکست در درمان را سبب می گردد به اجمال پیرامون خصوصیات این بیماری و روشهای درمانی موجود بحث می گردد. (مجله طبیب شرق، سال هشتم، شماره ۳، پائیز ۸۵، ص ۲۳۳ تا ۲۳۸)

کلواژه ها: پنوموتوراکس خودبخودی، کاتامینال، آندومتريوز

مقدمه

پنوموتوراکس به حضور هوا در فضای پلورال گفته می شود که بسته به شدت آن سبب کولاپس ریه و اختلال در امر تهویه ریوی می گردد. کاتامینال از ریشه یونانی و به معنی ماهیانه است. پنوموتوراکس های کاتامینال علت ۲/۸ تا ۵/۶ درصد پنوموتوراکس های خود بخودی را تشکیل می دهند^(۱) و در بیش از ۹۰ درصد موارد در سمت راست دیده می شوند.^(۲)

در گذشته به زمان بروز پنوموتوراکس در طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت قبل از پرئود بسیار تاکید می شد اما امروزه این زمان اهمیت چندانی ندارد و اگر خانمی در سنین باروری و بدون فاصله خاصی با عادت ماهیانه دچار پنوموتوراکس راجعه گردد. باید حتماً به دنبال آندومتريوز توراسیک گشت.^(۳) علت دقیق بروز این ضایعه مشخص نیست ولی حداقل ۴ ثوری در ایجاد آن مطرح شده است. ۱- پارگی خود بخودی بلب های ریه ۲- انقباض برونشولار ناشی از ترشح پروستاگلاندین F2 در زمان

قاعدگی که سبب افزایش فشار داخل مجاری تنفسی و پارگی آلوئولها می شود. ۳- عبور هوا از دستگاه تناسلی به شکم و سپس به توراکس از طریق نقایص مادرزادی و یا اکتسابی در دیافراگم. ۴- ریزش ضایعات آندومتريوزی پلور ویسرال که منجر به نشت هوا از نسج ریه می گردد.^(۴)

آندومتريوز در توراکس این بیماران به دو طریق می تواند بوجود آید. اولاً انتشار متاستاز آندومتريوز لگن از طریق عروق رحمی به ریه ها که خود سبب هموپتیزی ماهیانه نیز می گردد. دوم: عبور رتروگراد خون پرئودی به داخل شکم از طریق لوله های فالوپ و از آنجا به داخل توراکس که می تواند سبب کاشته شدن سلولهای آندومتر در فضای پلورال و در نتیجه پنوموتوراکس ماهیانه گردد.^(۵) در این بیماران علت درگیری بیشتر فضای پلورال سمت راست را با دو علت مرتبط دانسته اند ۱- مواد سیال موجود در صفاق از طریق ناودان پاراکولیک

دقيقه برطرف مي شده ولي تدريجاً مدت زمان درد و تنگي نفس بيشتر شده و از ۱/۵ سال پيش به حدود ۳۰ دقيقه در هر حمله رسيده بود. آخرين حمله درد بيمار حدود ۶ ساعت به طول انجاميد كه در روز قبل از عادت ماهيانه اتفاق افتاده است. در همان روز بعد از تهيه گرافي سينه با تشخيص پنوموتوراكس سمت راست (تصوير شماره ۱) براي نامبرده chest tube گذاشته مي شود. علي رغم عدم نشث هوا و حفظ لوله سينه اي به مدت ۵ روز، ۳ روز پس از كشيدن لوله سينه اي بيمار مجدداً دچار درد قفسه سينه و تنگي نفس و پنوموتوراكس حدوداً ۵۰ درصد گرديد. نكات مهم در شرح حال و معاينه فزيكي عبارت بودند از:

سابقه حساسيت انافيلاكسي به پني سيلين، سابقه دوبار سزارين سال هاي ۱۳۶۷ و ۱۳۶۹، سابقه دريافت خون در هنگام دومين سزارين، سابقه سردرد ميگرنه به هنگام عادت ماهيانه از چند سال قبل و سابقه ابتلا به اوريون در بزرگسالي، سابقه سرويسيت درمان شده

Familial History: سابقه سرطان رحم در مادر و سرطان پستان در مادر بزرگ. شروع منارك از ۱۲ سالگي، طول مدت قاعدگي ۷ روز، فاصله بين قاعدگيها ۳۲ روز.



تصوير شماره ۱) پنوموتوراكس (به سمت راست).

راست راحتتر به فضاي زير ديفراگم ميرسند. ۲- در قسمت فوقاني و راست شكم قرار گرفتن احشاء سفتي مانند كبد در زير ديفراگم سمت راست، حالي شبیه يك پيستون مكنده ايجاد مي كند، در صورتيكه احشاء نرم موجود در LUQ قادر به ايجاد چنين وضعيتي نيستند.^(۱) اندومتريوز لگن كمتر در بيماران پنوموتوراكس هاي كاتامينال مشاهده مي شود^(۱) و در مجموع بيش از نيمي از اندومتريوزهاي خارج لگن را اندومتريوز توراسيك تشكيل مي دهد.^(۲) سابقه دستكاري رحم در ۱۱ درصد موارد وجود دارد. امروزه توراكوسكوبي با كمك بزرگ نمایی و ویدئویی از جمله درمان های جراحی انتخابی پنوموتوراكس كاتامينال است و در عين آنكه جزء روشهاي با حداقل تهاجم محسوب ميگردد به دليل آنكه امكان بررسي كامل سينه را فراهم مي سازد نسبت به ديگر روشهاي تشخيصي و درماني مفيدتر به نظر مي رسد.^(۱) با اين حال علي رغم سادگي روش كار، دقت بالاي تشخيصي و دارا بودن شانس بالاي موفقيت در درمان طولاني مدت، به واسطه تازگي روش كار هنوز جايگاه خود را در کشور ما پيدا نكرده است. هدف از گزارش اين مورد علاوه بر معرفي يك بيماري نادر و روش تشخيصي و درماني توراكوسكوپيك آن، تاكيد بر ضرورت تشخيص علت زمينه اي در بروز پنوموتوراكس هاي خودبخودي مي باشد كه در صورت عدم تشخيص و فقدان درمان مناسب بيماري زمينه اي، عود هاي مكرر و شكست در درمان را شاهد خواهيم بود.

معرفي بيمار

بيمار خانم ۳۹ ساله اي مي باشد كه با شكايه اوليه تنگي نفس و درد قفسه سينه به پزشك مراجعه و سابقه موارد مشابهي را از سه سال قبل مي دهد و از آن تاريخ تا كنون حدود ۴۸ ساعت پيش از شروع عادت ماهيانه، دچار تنگي نفس با شدت متوسط، همراه درد سمت راست قفسه سينه مي شده است. در اوایل بيماري درد بيمار علي رغم شروع ناگهاني، در طی ۱۰

نکات مثبت در معاینه فیزیکی

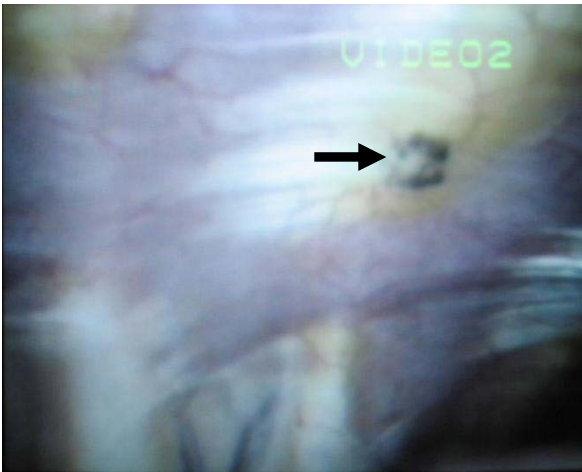
BP = 100/60 mmHg PR = 83 /min

RR = 15 /min T= 37.2c

معاینه ریه: کاهش صداهای ریوی سمت راست، معاینه واژینال: ترشحات تریکومونائی مختصر و آثار سرویسیت درمان شده قدیم.

جهت تشخیص و درمان مبادرت به Video assisted

thoracoscopy گردید. در بررسی نیمه راست قفسه سینه تعدادی لکه های قهوه ای رنگ با قطری برابر ۳ تا ۴ میلی متر همراه با ۲ نقص به ابعاد ۲×۳ میلی متر در مجاورت لکه ها و در قسمت تاندونی دیافراگم دیده شد (تصویر شماره ۲). ضایعات محدود و مشابهی نیز بروی پلور جداری (تصویر شماره ۳) و ویسرال (تصویر شماره ۴) مشاهده شدند. هیچ اسکار، بلب یا بولایی مشاهده نگردید از قسمت های درگیر بیوپسی تهیه شد مناطق درگیر پلور ویسرال و پاریتال حتی الا مکان رزکت شدند. سوراخ ها و ضایعات اندومتزیوی دیافراگم در دو لایه با نخ نایلون ۲/۰ بخیه و ترمیم شدند. پس از آن مبادرت به انجام پلورکتومی جنبی جداری گردید (تصویر شماره ۵). بیمار ۴ روز در بخش بستری و پس از کشیدن لوله سینه ای با حال عمومی خوب مرخص شد و در معاینات پیگیری طی ۱۸ ماه پس از درمان دیگر عود پنوموتوراکس رویت نگردید.



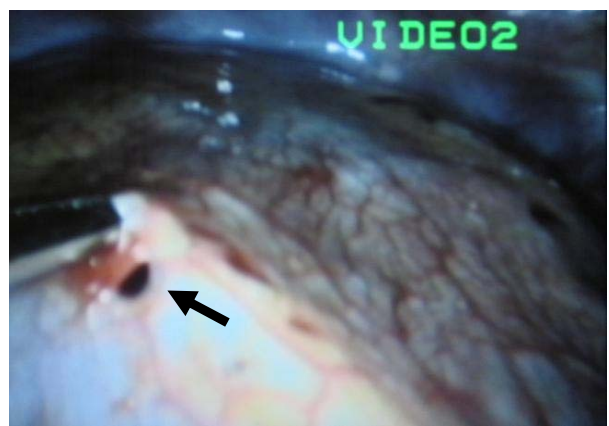
تصویر شماره ۳) آندومتزیویز پلور جداری.



تصویر شماره ۴) آندومتزیویز ریه راست.



تصویر شماره ۵) پلورکتومی جنبی جداری با استفاده از روش توراکوسکوپی.



تصویر شماره ۲) نقص (۳×۲ میلیمتری) دیافراگم راست.

بحث

پنوموتوراکس کاتامینال یک حالت نادر بالینی است (۹-۱) که تا کنون ۲۲۹ مورد آن در دنیا گزارش شده است. (۱) سن متوسط بیمار هنگام شروع بیماری ۳۴/۲+۶/۹ سال و سن متوسط هنگام مداخله درمانی ۳۶/۱+۶/۴ سال بوده است و دفعات عود قبل از درمان ۶ + ۵/۱ مرتبه می باشد. از ۲۲۹ مورد گزارش شده در مجلات پزشکی، وضعیت ۱۹۵ بیمار کاملاً شرح داده شده است که از این میان ۱۵۴ بیمار (۷۹٪) به طریقه جراحی و بقیه به روش غیر جراحی (درمان هورمونی ۱۳/۵٪، درمان فقط با لوله سینه ای ۱٪، درمان با بستن لوله های رحمی ۱٪، امتناع از درمان ۵/۵٪) درمان شده اند. محل پنوموتوراکس در ۲۱۰ مورد (۹۱/۷٪) در سمت راست، در ۱۱ مورد (۴/۸٪) در سمت چپ و در ۸ مورد (۳/۵٪) دو طرفه بوده است از ۱۵۴ نفر جراحی شده ۱۴۰ نفر (۹۱٪) دارای اطلاعات دقیق جراحی هستند و از این ۱۴۰ نفر ۷۹ بیمار از ۱۵۴ بیماری که جراحی شده اند کاملاً پیگیری شده اند. مدت زمان پیگیری بدون عود در افرادی که پلورودز شده اند (انواع مکانیکال، باتالک، پاپلورکتومی) ۶۱ ماه و در موارد اکسیژون دیافراگم + پلورودز ۲۳/۶ ماه بوده است. (۱)

(جدول شماره ۲)

درمان طبی پنوموتوراکس کاتامینال تجویز دانازول و یا GnRH می باشد دوز دانازول به مقدار ۴۰۰ میلی گرم در روز به مدت ۶ ماه است GnRH نیز برای درمان پنوموتوراکس های کاتامینال راجعه توصیه شده است. این دارو سبب هیپوگنادیسم هیپوگنآدوتروفیک می شود. (۷) استفاده از GnRH در افرادی که پلورودز شده اند توصیه شده است تا فرصت ماچوراسیون به پلورودز داده شود. (۸) شدت اندومتريوز توراسیک در کمال تعجب متناسب با میزان خطر عود بیماری نمی باشد. (۹) برخی از جراحان حتی در مواردیکه دیافراگم مشکلی نداشته است از یک مش ویکریل جهت جلوگیری از عود استفاده کرده اند. (۸)

هنگام انجام VATS چنانچه بلب ریه مشاهده گردد پروتوکل

درمانی شامل اکسیژون جراحی ضایعات توراکس به همراه pleural aberasion و یا پلورکتومی می باشد. در زمان انجام توراکوسکوپی بهتر است تمام ضایعات قابل دیدن توراکس وپارانشیم برداشته شوند تا علت پنوموتوراکس حذف شده و از انتشار بیماری به قسمتهای دیگر جلوگیری به عمل آید. (۸) انجام جراحی در زمان عادت ماهیانه سبب می شود تا اندومتريوزهای پلور دیافراگماتیک بهتر قابل تشخیص باشند. گفته شده است که باقی گذاشتن بافت اندومتريوز در پلیکاسیونهای ایجاد شده در دیافراگم خطر استحاله این ضایعات و ایجاد نقص های جدید را می افزاید. (۳) روشهای دیگر درمان، هیستریکتومی + اووفورکتومی دو طرفه است. هر چند که اخیراً بروز و یا عود بیماری در زنانی که هیستریکتومی و یا توبال لیگاسیون شده اند نیز مشاهده شده است. (۹) با توجه به توانایی بالای روش کم تهاجمی توراکوسکوپی در تشخیص قطعی بیماریهای پلور با امکان تهیه نمونه جهت ارسال به آزمایشگاه پاتولوژی، سادگی روش انجام کار و دارا بودن قابلیت درمانی بالای این روش در برخورد با بسیاری از بیماری های فضای پلورال بخصوص پنوموتوراکس کاتامینال، استفاده آزادانه تر از این روش توصیه می گردد.

جدول ۱: درصد فراوانی یافته های عمده مین جراحی در زنان مبتلا به پنوموتوراکس کاتامینال گزارش شده

درصد فراوانی	یافته های عمده حین جراحی
۵۲/۱٪	ضایعات اندومتريوز در توراکس
۳۸/۸٪	ضایعات دیافراگم
۲۹/۶٪	اندومتريوز پلورویسرال
۲۳/۱٪	دارای اسکار، بلب و یا بولا
۱۶/۳٪	پرفوراسیون دیافراگم بدون اندومتريوز
۱۲/۳٪	اندومتريوز همراه با پرفوراسیون دیافراگم
۱۰/۲٪	اندومتريوز بدون پرفوراسیون دیافراگم
۸/۵٪	بدون هیچ یافته مثبت

جدول ۲: فراوانی روش های جراحی به کاربرده شده برای بیماران با پنو موئوراکس کاتامینال گزارش شده در منابع پزشکی

روش جراحی		در صد فراوانی
پلورودز ± سایر اقدامات		٪۵۷/۷
پلورودز به تنهایی		٪۳۳/۱
اکسزیون ضایعه دیافراگمی و بخیه یا ترمیم محل آنها	٪۱۷/۵	جراحی دیافراگم
اکسزیون ضایعه دیافراگمی، ترمیم محل و پلورودز	٪۱۴/۷	
استفاده از مش، پلیکاسیون و غیره	٪۶/۶	
رزکسیون ریوی اناتومیک و غیر آناومیک		٪۱۳/۷
رزکسیون گوه ای شکل		٪۱۰/۳
رزکسیون گوه ای شکل به همراه پلورودز		٪۹/۸
رزکسیون ریوی اناتومیک		٪۳/۴
اکسپلوراسیون		٪۴/۴

References

منابع

1. Lone L, Asser H, Sent A, et al. catamenial Pneumothorax treated by laparoscopic tubal Occlusion using Filshie clips. Acta obstet Gynecology Scand 2003; 82: 488 – 90.
2. Stephan K, Haydar C, Antje M, et al. catamenial Pneumothorax revisited: clinical approach and systematic review of the Literature. J of thoracic and cardiovascular Surgery 2004 ;128:502 –6
3. Marco A, Pierre M, Jean F, et al. catamenial Pneumothorax: Some commentaries. J of thoracic and cardiovascular Surg. 129; 1199.
4. Thierry R, oliver S, Marco A, et al. catamenial Pneumothorax chest X- Ray Sign and Thoracoscopic Treatment. Ann Thorax Surg 2002;74:563 – 60
5. Paul A: catamenial Pneumothorax: A unifying Concept. Ann thorac surg 2000; 69: 1640 – 50.
6. Y. Morita, O. Tsutsumi, Y Taketani: Successful treatment of catamenial Pneumothorax with danazol. Inter national J of Gynecology with obstetrics 1995; 263 – 4.
7. Kazuhiro S, Takahiro O, Hidefumi T. Catamenial Pneumothorax caused by endometriosis in the visceral Pleura. Ann thorac Surg 2003; 76: 1-8.
8. Patrick B, Francoise L, Jalal A, et al. Catamenial Pneumothorax: Retrospective Study of Surgical treatment. Ann rhorac Surg 2003; 75: 378 – 81.
9. M. Blair, Zahoor A, John C, et al. catamenial Pneumothorax: Optimal hormonal and surgical management. European J of cardio – thoracic Surg 2005; 27: 662-66.

Catamenial pneumothorax: Case report

Hemmati H., MD*; Shahriar M., MD**; Mirzaei M., MD*

Catamenial pneumothorax is a rare clinical condition that was coined from a Greek root meaning monthly. It classically involves women in the 3rd or 4th decade of life. Since the first description in 1958, Just 229 cases of a unique entity of catamenial pneumothorax in women have been reported. The etiology of this disease is not clearly known. Endothoracic endometriosis or other unidentified problems make periodic spontaneous pneumothorax in this patients. The main presentations of this disease are dyspnea and chest pain within 48 to 72 hours from the onset of menstruation. In this paper we discuss etiology, clinical course, and thoracoscopic treatment of a 39 year old woman with catamenial pneumothorax. In addition, the world literature is reviewed.

KEY WORDS: *Spontaneous pneumothorax, Catamenial pneumothorax, Endometriosis*

* Thoracic Surgery Dept, Faculty of medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran

** Pulmonology Dept, Faculty of medicine, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran