● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال اول، شمارهٔ ۱، صفحه ۷۰ الی ۷۴، ۱۳۷۷

معرفی یک مورد نوزاد مبتلا به شیلوتوراکس

دکتر یداله زاهد پاشا[۱]

خلاصه

سابقه و هدف: شیلوتوراکس که دراثرنشت لنف به فضای پلور ایجاد می شود. در دوره نوزادی نسبتاً نادر است ، به دو شکل مادرزادی وایاتروژنیک (latrogenic) حادث می شود.

گزارش مورد: نوزاد دختری است که از مادر ۳۰ ساله به روش سزارین متولد شد. در سن ۷ روزگی بعلت دیسترس تنفسی و سیانوز در بخش NICU بیمارستان کودکان امیرکلا بستری شد. عکس ریتین کدورت یکنواخت قفسه صدری راست همراه با شیفت مختصر قلب و مدیاستین بسمت چپ را نشان داد. پونکسیون مایع پلور برنگ شیری و فراوان بوده که در آزمایشات آن، chyl محرز شد. سپس ترشح مایع با پونکسیون و قرار دادن chest tube و تغذیه با شیر MCT متوقف شد. پس از ۲ ماه شیر MCT بتدریج با شیر مادر جایگزین گردید. نوزاد با عکس ریتین و حال عمومی و رشد و نمو طبیعی به زندگی ادامه می دهد.

واژه‌های کلیدی: شیلوتوراکس ، نوزاد ، مادرزادی ، ایاتروژنیک

۱ـ فوق تخصص نوزادان ، بخش NICU بیمارستان کودکان امیرکلا ـ بابل

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.10.1]

مقدمه

شیلوتوراکس در اثر نشت (effusion) لنف به فضای پلور ایجاد می شود و در دوره نوزادی نسبتاً نادر است(۱). در نوزادان به دو شکل مادرزادی (congenital) و تروماتیک یا ایاتروژنیک (iatrogenic) یا پزشک‌زاد، تظاهر می نماید.

اشکال مادرزادی ممکنست ایزوله و یا همراه با سایراختلالات سیستم لنفاتیک و قلبی باشند(۲و۳). در یک مطالعه این بیماری را در دو خانواده Amis [1] و بدون وابستگی نوع اتوزمال مغلوب را معرفی نمودند (۲).

در مطالعه‌ای، یک نوزاد مبتلا به شیلوتوراکس و هیدروپس فتالیس بعلت انسداد SVC [2] که پس از رفع انسداد، بهبود یافته‌بود را معرفی نمودند(۴).

اشکال ایاتروژنیک بدنبال عمل جراحی قلب و یا فتق دیافراگم و یا قرار دادن کاتتر در عروق مرکزی برای TPN [3] ایجاد می شود (۵،۶،۷).

گزارش مورد

نوزاد دختر ۷ روزه‌ای است که متعاقب علائمی اصلی چون دیسترس تنفسی و سیانوز مرکزی از یک بیمارستان شهر همجوار اعزام و بستری گردید. تاکی‌پنه از دو روز قبل شروع شده و در موقع شیر خوردن تشدید یافته به سیانوز صورت و دهان تبدیل می گردید. این نوزاد از مادر ۳۷ ساله و به روش سزارین متولد شد. مادر سابقه ۲ مرتبه سقط زیر ۸ هفته حاملگی داشته یک فرزند ۱۱ ساله دارد که سالم است .آپگار زمان تولد ۱۰-۸ گزارش شده و هیچگونه مشکلی وجود نداشته است. در طول بارداری مادر علی رغم اینکه بیان می نماید که مبتلا به زخم اثنی عشر بوده هیچگونه داروئی مصرف نکرده و سابقه بیماری مهمی در دوران بارداری را بیان نمی‌کند.تغذیه‌نوزادفقط‌باشیر مادر بوده است.

مشاهدات بالینی: وزن نوزاد ۲۹۰۰ گرم، دور سر ۳۳ سانتی متر وقد ۴۹ سانتی متر بود. در مشاهده، نوزاد بدون اکسیژن و سیانوتیک بوده که پس از قرار دادن زیر **اکسی هود** سیانوز برطرف شده است. تعداد تنفس ۹۰ در دقیقه و همراه با توهم رفتگی بین دنده و جناغ بود. در سمع صداهای قلبی طبیعی و بدون سوفل و صداهای اضافی شنیده میشد.

در سمع، ریه چپ نرمال بود ولی صداهای ریوی راست کاهش یافته و ضعیف شنیده میشد. سر و گردن ، چشم و دهان طبیعی بود. شکم از نظر ظاهری در نگاه ولمس طبیعی و نوزاد ارگانومگالی نداشت. رفلکس های نوزاد طبیعی و فعال بودند. دستگاه تناسلی دخترانه است. در عکس زیتین کدورت یکنواخت ریه راست همراه با شیفت مختصر قلب و مدیاستین سمت چپ جلب توجه می نماید(شکل شماره ۱).

اقدامات درمانی وتشخیصی انجام شده دیگر عبارتند از:

نوزاد NPO [4] شده با سرم نگهدارنده، آمپی سیلین و آمیکاسین، زیر گرم کننده تابشی تحت مراقبت قرار گرفت . پاراسنتز ریه راست انجام گردید که مقدار ۲۰-۳۰ میلی لیتر مایع شیری رنگ متمایل به زرد آسپیره گردید که نمونه برای آزمایش ارسال شد که نتایج به قرار زیر است :

کلسترول ۸۰ mg/dl ،تری گلیسرید ۱۷۷ mg/dl،

۱- پیرو عقاید مذهبی Ammann سوئیسی‌اند که در سال ۱۹۶۰ می زیسته و مؤسس فرقه Mennonite آمریکا میباشد.

۲- Superior Vena Cava

۳- Total Parenteral Nutrition

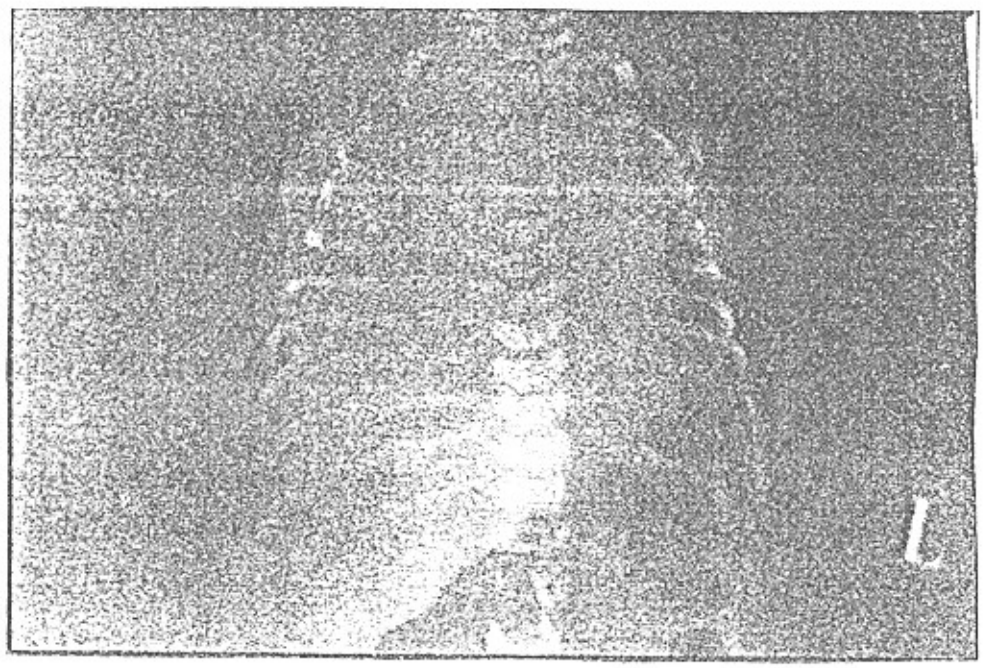
۴- NPO:(non per os)= Nothing by Mouth

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.10.1]

HDL به مقدار mg/dl ۳۵ و LDL: mg/dl ۱۰، VLDL برابر mg/dl ۳۵، لکوسیت ۲۵۰ با ۹۸٪ لنفوسیتوز و ۲٪ پلی نوکلئر ، pH = ۸، قند mg/dl ۱۰۸ و پروتئین mg/dl ۴، گزارش شد.

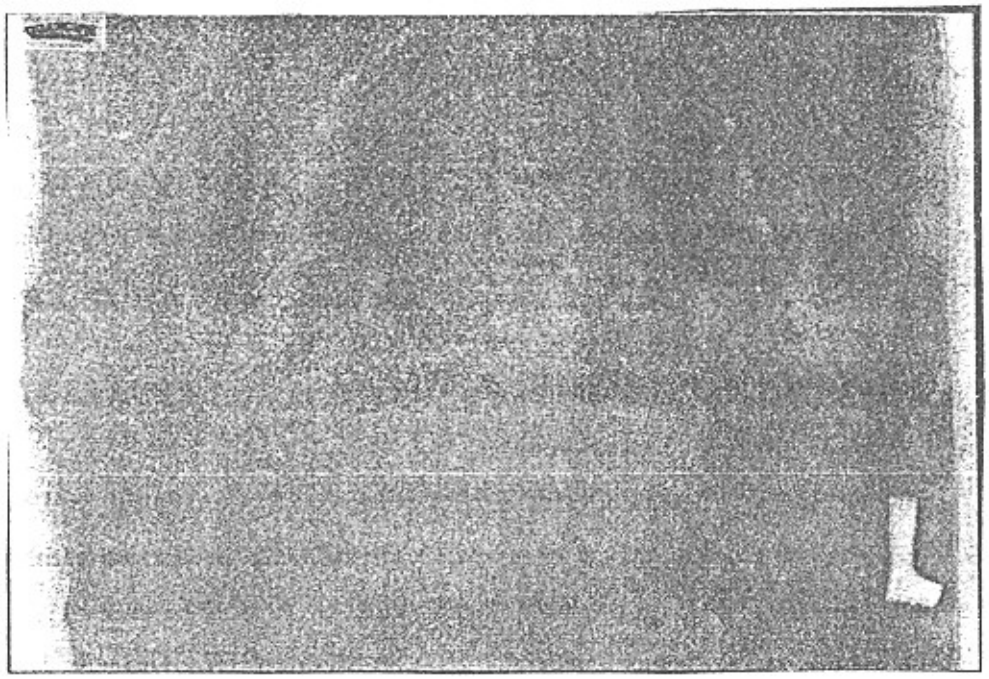
در فرمول و شمارش خونی WBC =۷۳۰۰ (PMN ۵۰ درصد ، لنفوسیت ۴۴ درصد وائوزینوفیل ۶ درصد) Hb =۱۵، Hct=۴۵ ، ۱۷۵۰۰۰ = پلاکت ، و سدیمان ساعت اول ۱ و CRP وکشت خون منفی گزارش گردید.

با توجه به رنگ و نتیجه آزمایش مایع بدست آمده از توراکس تشخیص شیلوتوراکس مسجل گردید. مقرر شد روزانه ۵۰-۳۰ میلی لیتر مایع استخراج شده و FFP جایگزین گردد. که در روز دوم بستری دیسترس تنفسی شدت یافته و عکس ریتین پنومو توراکس طرف راست را نشان داد. برای رفع این عارضه که بنظر می رسد که ایاتروژنیک و بدنبال پونکسیون پلور بوده است. chest tube ریه راست گذاشته شد که هوا و مایع بصورت مداوم خارج می گردید. نوزاد NPO بوده ولی روز سوم پس از بستری بدلیل بر طرف شدن دیسترس تنفسی و ثبات حال عمومی تغذیه با حجم کم شیرمادر شروع گردید. با شروع تغذیه با شیر مادر ترشحات پلور به همان رنگ شیر مادر و کلستروم شدت یافته که مجبور به NPO مجدد شدیم ، تا اینکه روز پنجم بستری تغذیه باشیر MCT شروع گردید که با شروع تغذیه با این شیر ترشح مایع پلور کاهش یافته و روز هشتم بستری ترشح chyl کاملاً قطع گردید است . روز دوازدهم درمان chest tne خارج گشته و ادامه تغذیه با شیر MCT نوزاد با حال عمومی خوب و عکس ریتین بدون مایع پلور در روز پانزدهم بستری مرخص گردید(شکل شماره ۲). نوزاد هر هفته کنترل می شد تا اینکه در سن ۲



شکل ۱. کدورت یکنواخت ریه راست همراه با شیفت مختصر قلب و مدیاستین سمت چپ جلب در نوزاد شیلوتوراکس

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.10.1]



شکل ۲. نوزاد با حال عمومی خوب و عکس ریتین بدون مایع پلور
در روز پانزدهم بستری .

ماهگی بتدریج شیرمادر مجدداً شروع شده و در سن ۲/۵ ماهگی بطور مطلق با شیر مادر تغذیه میکند و حال عمومی و رشد و نمو نوزاد طبیعی بود.

بحث:

نوزاد مورد بحث با توجه باینکه مبتلا به ناهنجاری مادرزادی نبوده و با درمان حمایتی، کشیدن مایع پلور و تغذیه با شیر MCT بهبود یافته به شکل ایزوله مادرزادی شیلوتوراکس مبتلا بوده است.

موثرترین روش درمان، تخلیه مایع پلور و تغذیه با شیر MCT بود که بمحض شروع نشت مایع کاهش و سپس متوقف گردید. با توجه به بهبودی متعاقب اقدامات درمانی فوق پس از دو ماه تدریجاً شیر مادر جایگزین شیر MCT گردیده و بیماری عود ننموده است. مطالعات نشان می دهد که اکثریت شیلوتوراکس ها در نوزادان به شکل ایزوله مادرزادی می باشد (۳). بیشتر نوزدان مبتلا به شیلوتوراکس با کشیدن مکرر مایع پلور و یا تخلیه مداوم و تغذیه با شیر MCT بهبود می یابند و تعداد اندکی به درمان جراحی نیاز پیدا می کنند(۱).

در یک مطالعه ۱۵ ساله (۱۹۹۰-۱۹۷۵) ۴ مورد شیلوتوراکس بدنبال عمل جراحی قلب و سه مورد مادرزادی آن گزارش شده است که پیش آگهی همه آنان خوب بوده و فقط یک مورد در حین احیا فوت کرده است و یک مورد دیگر به درمان جراحی نیاز پیدا کرده بود(۸). در مطالعه دیگر ۱۱ مورد نوزاد مبتلا به شیلوتوراکس که ۴ نوزاد به شکل

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.10.1]

ایاتروژنیک و ۱۱ نوزاد به شکل مادرزادی مبتلا بوده‌اند گزارش گردید که اکثراً با درمان حمایتی و نگهدارنده بهبود یافتند(۹).

بالاخره می توان گفت که نوزاد معرفی شده مبتلا به شیلوتوراکس ایدیوپاتیک بوده که به درمان حمایتی و نگهدارنده (تخلیه مایع پلور و تغذیه با شیر MCT) بخوبی جواب داده است.

****

References:

1. VanStraaten HL, Gerards LG, krediet LG. **Chylothorax in the neonatal period.** Eur J Pediatr 1993 Jan;152(1): 2-5

2. Williams MS, Josephson KD. **Unusual autosomal recessive lymphatic anomalies in two unrelated Amish Families.** Am J Med Genet 1997 ;73(3):286-289

3. Hagay J, Reece A, Roberts A, Hobbins JC. **Isolated fetal pleural effusion:a prenatal management dilemma.**Obstet Gynecol 1993 Jan; 81(1):147-152

4. Adiotomre PN, Burns JE, Mcintosh N. **Hydrops foetalis and chylothorax asso ciated with superior caval vein obstruction and resolution following balloon dilatation.** Acta Paediatr 1994; 83(9):983-985

5. Kavvadia V, Greenough A, Davebport M, Karani J, Nicolaides KH.**Chylothorax after repair of congenital diaphragmatic hernia - risk factors and morbidity.** J Pediatr Surg 1998 ;33(3):500-502

6. Hucin B, Kostelka M, Tilaskal L, Janousek J, Lax P, Chaloupecky A , Skovranek J. **Reoperation in congenital heart defects after primary surgery in the neonatal period and infancy.** Cas Lek Cesk 1998; 137(1):13-17

7. Wilson SD. **Just a "wee prick" with a needle.** J R Coll Surg Edinb 1996; 41(6): 412-413

8. Gonzalez de Dios J, Garcia MB , Burg ueros VN, Garcia GL , Borches JD, Perez RJ; Quero JJ, **Congenital and post - opera tive chylothorax in the neonatal period** . An Esp Pediatr. 1992; 36(2):109-14

9. Van-Straaten HL, Geraeds IJ, Krediet IG, Brouwers HA. **Chylothrax in the neonatal period I.** Ijschr -kinderge neeskd 1992; 60 (1):22-6

[DOR: 20.1001.1.15614107.1377.1.1.10.1]