

الانصباب الشبيه بالكيلوسي (الكيلوسي الكاذب) تقرير حالة ومراجعة في الأدب الطبي

محمود باكير*

الملخص

الانصباب الكيلوسي الكاذب، ويعرف أيضاً بالانصباب الشبيه بالكيلوسي أو انصباب الجنب الكوليسترولي هو حالة سريرية نادرة الحدوث، تتصف باحتواء سائل الجنب على مستويات مرتفعة من الكوليسترول، تتطور في الانصبابات المترافقة برودة مزمناً لسائل في جوف الجنب وتسمك فيبريني لوريقة الجنب.

في هذه الدراسة عرضنا تقريراً لأول حالة من سورية بانصباب جنب كيلوسي كاذب ومراجعة في الأدب الطبي.

عرض الحالة: مريضة عمرها 23 سنة راجعت مشفى المواساة الجامعي بدمشق بقصة تدرن رئوي وتدرن جنب شخص منذ 5 أشهر، ورغم فعالية علاج التدرن الرئوي لديها، إلا أن انصباباً مزمناً بقي مستمراً في الجهة اليسرى من الصدر مع تسمك بوريقة الجنب. وقد أظهر بزل الجنب سائلاً عكراً، أظهرت دراسته أنه انصباب كيلوسي كاذب (محتوى الكوليسترول في السائل 264 ملغ/دل والشحوم الثلاثية 38 ملغ/دل)

المناقشة: انصباب الجنب الكيلوسي الكاذب هو انصباب نتحي محتوى الكوليسترول فيه مرتفع (أكثر من 200 ملغ/دل) والشحوم الثلاثية أقل من 50 ملغ/دل.

* أستاذ مساعد - قسم الأمراض الباطنية - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

مظهر السائل العياني مشابه للسائل الكيلوسي، سميك القوام حليبي. أكثر أسبابه شيوعاً أسبابه تدرن الجنب المزمن أو استرواح الصدر الصناعي العلاجي (قديماً)، أو الانصباب في سياق الداء الرثياني. لكنه يمكن أن يتطور مع الأمراض الأخرى التي تؤدي إلى التسمك الفيبريني والتليف المنتشر بوريقات الجنب، وكمثال وصفت حالة حديثة في الأدب الطبي لانصباب كيلوسي كاذب في سياق علاج مريض بانصباب جنب بعد مجازات إكليلية. ما لازال منشأ الكوليسترول في سائل الجنب في الانصباب الشبيه بالكيلوسي غير مفسر، و يعتقد أنه ينجم عن ازدياد تحرره من تخرب الخلايا الدموية وتحللها في جوف الجنب في الانصباب المزمن. كما أن بطء عودة ارتشاف الكوليسترول من جوف الجنب عبر الوريقة الجنبية المتسمة يؤدي إلى زيادة تراكمه فيه.

الاستنتاجات: انصباب الجنب الكيلوسي الكاذب حالة مرضية نادرة الحدوث، وهو انصباب نتحي يشبه الكيلوسي، وأكثر أسبابه شيوعاً التدرن لذا يجب إدراج تشخيص انصباب الجنب الكيلوسي الكاذب في قائمة التشخيص التفريقي عند مشاهدة سائل مظهره شبيه بالكيلوسي مع تسمك جنب لدى مرضى التدرن. كما أن العلاج الفعال للتدرن لا يمنع من تطور الانصباب الكيلوسي الكاذب. ويعدُّ التصوير الطبقي المحوري للصدر وسيلة استقصاء مهمة للتقييم، لذا نقترح إجراءه لمرضى الانصبابات الدرنية لكشف المضاعفات الجنبية وتشخيصها.

كلمات مفتاحية: الانصباب الكيلوسي الكاذب، الانصباب الشبيه بالكيلوسي، انصباب الجنب الكوليسترولي.

Chyliform Pleural Effusion (Pseudochylothorax) Case Report, and Review of the Literature

Mahmoud Bakir*

Abstract

Pseudochylothorax, also known as chyliform or cholesterol pleural effusion, is an uncommon clinical entity and tends to develop in chronic pleural effusions. It is usually characterized by high level of cholesterol in pleural fluid and occurs due to long-standing of the fluid in fibrotic pleura.

In this study we described the first case of pseudochylothorax, from Syria, with chronic tuberculous (TB) pleural effusion, and reviewed the literature.

Case Presentation: A 23 years old woman who was referred to Almuassat university hospital in Damascus with a history of both pulmonary and pleural TB 5 months earlier. The pulmonary TB was effectively treated, but a chronic left pleural effusion have been seen. On thoracocentesis, turbid fluid was obtained establishing the diagnosis of pseudochylothorax.

(Cholesterol level was 264 mgL.dl, Triglycerides, 38mg.dl)

Discussion: Pseudochylothorax is an exudate pleural effusion which contains a high level of cholesterol, more than 200 mg/dl, but triglycerides less than 50 mg.dl. The pleural fluid is like a chylose fluid .It is thick, opalescent and whitish. The most common causes of pseudochylothorax are chronic TB pleural effusion, therapeutic pneumothorax, and chronic rheumatoid pleurisy. But it can develop with other diseases which cause extensive fibrosis of the pleura. A new case of coronary artery bypass has been reported in the literature.

* Ass. Prof. Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine -Damascus University.

The origin of the cholesterol is not known, but may result from degenerated blood cells in the pleural space. Also the accumulation of cholesterol thought to form from the slow transfer of cholesterol out of the pleural space.

Conclusion

TB pseudochoylothorax is rare form of exudative pleural effusion .TB is by far the most frequent cause of it. It is similar to chylothorax but cholesterol level more than 200 mg/dL. So pseudochoylothorax should be included in the differential diagnosis of patients presenting with chronic TB chyloform pleural effusion.

Successful treatment of an acute TB pleurisy does not preclude the development of long-term complications such as pseudochoylothorax.

CT is the best technique for evaluation of pseudochoylothorax complications in TB pleural effusion so, we suggest performing a thoracic CT in the follow-up period of the patients

with a significant history of pleural TB causing marked pleural thickening.

Key words: pseudochoylothorax, chyloform, cholesterol pleural effusion.

مقدمة:

انصباب الجنب الكيلوسي الكاذب ويدعى بالانصباب الشبيه بالكيلوسي بسبب مظهره العياني المشابه للانصباب الكيلوسي (1،2،3،4،5) لكنه أندر مصادفة من الانصباب الكيلوسي. وقد دعي في الأدب الطبي أيضاً بالانصباب الكوليسترولي بسبب محتواه المرتفع من الكوليسترول (أكثر من 200 مغ /دل) ويكون محتوى الشحوم الثلاثية أقل من 110 ملغ/دل (2،1). ورغم أن الانصباب نظير الكيلوسي مشابه عيانياً للكيلوسي الحقيقي إلا أنهما يختلفان بالآليات والأسباب المرضية، ولذلك فإن تفريقها مهم من أجل التدبير. إذ يتسبب الانصباب الكيلوسي عن أذية القناة اللمفاوية الصدرية أو انضغاطها بورم مما يعيق التصريف عبرها (4،3،2،7) في حين ينجم الانصباب نظير الكيلوسي (الكيلوسي الكاذب) عن حالات مرضية تؤدي إلى ركودة مزمنة لسائل الانصباب في جوف مرافق لتسمك فيبريني بوريقات الجنب مما يسبب ازدياد تركيز الكوليسترول في السائل (4،2،1،5) وأكثر الحالات المرضية شيوعاً التي يشاهد فيها الانصباب الشبيه بالكيلوسي هو التدرن (8،7،6،5،4،3،2،1،10،9) والداء الرثياني (14،15).

خلفية البحث:

يشاهد انصباب الجنب الشبيه بالكيلوسي أو مايدعى بالكيلوسي الكاذب في تدرن الجنب المزمن المترافق بتسمك الجنب الفيبريني مع التكتلات (2،1،4،5،12،13)، ونظراً لانتشار الانصباب الدرني والذي ليس من النادر أن يأخذ شكلاً مزمناً في بلادنا بسبب التأخر في التشخيص أو إهمال بعض المرضى للعلاج مما يزيد من احتمال المضاعفات كتسمك الجنب الفيبريني والتحجبات ضمن جوف الجنب. ويؤدي الانصباب المزمن إلى زيادة تركيز الكوليسترول في سائل الجنب مسبباً مايدعى بالانصباب الكوليسترولي أو الكيلوسي الكاذب (7،3،2،1). وتجدر الإشارة إلى أن تقارير الحالات الموثقة

الطرائق والمرضى:

نسجل أول تقرير لحالة انصباب جنب كوليسترولي شبيه بالكيلوسي (كيلوسي كاذب) من سورية لدى مريضة تدرن رئوي، قبلت في الشعبة الصدرية في مشفى المواساة الجامعي بدمشق. ونستعرض الخصائص السريرية والمخبرية والشعاعية المميزة للمرض بناء على مراجعة ما نشر في الأدب الطبي.

هدف الدراسة:

1-التعريف بحالة سريرية نادرة لانصباب كوليسترولي شبيه بالكيلوسي (كيلوسي كاذب) لدى مريضة تدرن رئوي.
2- استعراض أهم خصائص المرض السريرية والمخبرية والشعاعية ومقارنتها مع مانشر في الأدب الطبي من حالات.
3- التوصيات المساعدة في وضع التشخيص للتدبير.

عرض الحالة:

مريضة عمرها 23 سنة (رقم الاضبارة 3610) تسكن في ريف دمشق. تعمل خياطة منذ 6 سنوات غير مدخنة

في الأدب الطبي قليلة وقد بدأت تظهر تقارير تصف هذه الحالة في بدايات الخمسينيات (13) و الستينيات (11) من القرن الماضي، و بلغ عدد المرضى الموثقين 173 حالة بانصبابات شبيهه بالكيلوسية وردت ضمن 29 تقريراً نشرت في الأدب الطبي خلال 5 عقود الماضية (3). ولم نجد بين التقارير المسجلة حالات لانصباب كوليسترولي شبيه بالكيلوسي من سورية أو حالات مشابهة لمرضى من دول عربية.

إلا أن هناك بعض التقارير عن الانصباب الكيلوسي الكاذب من بعض دول حوض المتوسط حيث انتشار التدرن مشابه كتركيا عام 2001 (6) واسبانيا عام 1999 (3). ورغم أن مشاهدة هذه الآفة في الممارسات السريرية ممكن إلا أن عدم العلم بأسبابها وسبل تشخيصها قد يجعلها تسقط من التشخيص أو تختلط مع الانصبابات الكيلوسية والقيحية (2). لذا نرى من المفيد التعريف بأهم التظاهرات السريرية والخصائص المخبرية والشعاعية لهذه الآفة.

ولانتناول الكحول، متزوجة ليس لديها أولاد. راجعت المشفى بشكوى من سعال جاف مع زلة تنفسية. بدأت قصة المريضة منذ 6 أشهر، بسعال منتج لقسح أصفر ترفع حروري وعرواءات شخص لها خمج تنفسي ووضعت على معالجة بالصادات الفموية من قبل طبيب بمكان سكنها مدة أسبوعين مع تحسن نسبي، استمر السعال الجاف لم تهتم به المريضة. بعد شهر عاودتها الأعراض وظهر نفث دموي بشكل خيوط أحياناً، مع ترفع حروري وزلة تنفسية وتعرق ليلي كما اشتكت من ألم صدري أيسر نقص مع شهية ووهن عام. وعولجت بالصادات مدة أسبوع دون تحسن.



الشكل 1 : صورة شعاعية خلفية أمامية للصدر للمريضة



الشكل (2) صورة شعاعية للصدر خلفية أمامية للمريضة

وتظهر انصباب جنب أيسر مع كثافة بقمة الرئة اليسرى

أجري لها صورة شعاعية للصدر الصورة الأولى (شكل 1) فأظهرت زيادة (الشكل 1) أظهرت وجود ارتشاحات في الكثافة في قمة الرئة اليسرى مع رئوية يسرى بعضها متكهف في الفص العلوي. في سوابق المريضة قصة مخالطة لجدها الذي أصيب بالتدرن الرئوي الفعال قبل 4 سنوات وعولج منه حتى الشفاء. راجعت مشفى الموساة الجامعي وأجريت صورة شعاعية للصدر (شكل 2) بعد أسبوعين من القبول (شكل 2) بعد أسبوعين من

شخص لها تدرن إيجابي لعصية كوخ في القشع المباشر 3 مرات. وأظهر تحليل السائل الجنبى انصباب جنب نتحياً لمفاوياً سلبياً لعصية كوخ والخلايا الشاذة ،مع خزعة تتوافق مع التدرن. أحيلت المريضة إلى مركز مكافحة السل

حيث وضعت على علاج درني رباعي حيث وضعت على علاج درني رباعي
مدة شهرين (ايزونيازيد وريفامبيسين
وبيرازيناميد وايتامبوتول) وأصبحت
سلبية القشع في نهاية الشهر الثاني
وحولت إلى معالجة ثنائية بالريفامبيسين
والايزونيازيد.
في الشهر الخامس من بدء المعالجة
الدرنية أخذت المريضة تشكو من زلة
تنفسية متفرقة مع ازدياد الألم الصدري
الأيسر جنبي الصفات يزداد بالسعال
والشهيق العميق، وقد أجري لها صورة
شعاعية للصدر (شكل 3) أظهرت نصف
صدر أيسر ظليلاً مع دفع الرغامى
والمنصف نحو الأيمن. وأحيلت إلى
التحاليل المخبرية.

مشفى المواساة للدراسة.
بالفحص السريري كانت الحالة العامة
حسنة والمريضة متجاوبة واعية الضغط
80/130 ملم/ز النبض 110/د عدد
الحركات التنفسية 23 /د الحرارة 37
درجة مئوية. بفحص الصدر متلازمة
انصباب في التلثين السفليين للساحة
الرئوية اليسرى مع خراخر فرقية في
قمة الرئة اليسرى.
إصغاء القلب: أصوات القلب خافتة
منتظمة، البطن بالفحص لين متنفس
غير ممض و لاتجس ضخامات حشوية
أو عقد لمفاوية محيطية: باقي الفحص
السريري طبيعي.

WBC 5.29 N/ 63% – L /29 %- M 7% E /1 %
Ht 36.5 Hg; 11.7
Plt 426
ESR: 18/ h
Glucose: 91
Urea 14 -- Createn. 0.72- Uric acid 4.4
SGOT 19 -- Al .phos 95-- SGPT 19
Pt 67% -- LDH 357%
T.Protein7.1 Albumin 3.7
Ca: 9.62 K: 4.2 Na 140
Cholesterol 198 TG: 130

تحري عصية كوخ في القشع كان سلبياً في ثلاثة تحاليل متوالية. عيانياً: السائل عكر حليبي مصفر اللون شبيه بالقيحي.

أجري تنظير قصي للمريضة فكانت الحنجرة والرغامى طبيعيتين، عرض بالمهماز الرئيسي مع احتقان بالمخاطية في فوهة الفص العلوي الأيسر مع انضغاط خارجي على فوهات القصبات اليسرى. وكانت قصبات الرئة اليمنى مفتوحة طبيعية أخذت غسالة من الرئة اليسرى وخزعات عبر قصبات الفص العلوي.

تحري الخلايا الشاذة والفحص المباشر للجراثيم وعصية كوخ في السائل سلبية وكذلك الزرع الجرثومي عقيم. تعداد الكريات البيض 860 في سائل الجنب برحجان لمفاوي (للمفاويات 60% والعدلات 40%).

, LDH /572 Glucose 23 mg/dl,
TP/ 58gL , Albumin 2.8 Ph 7.16

التصوير الطبقي المحوري للصدر:

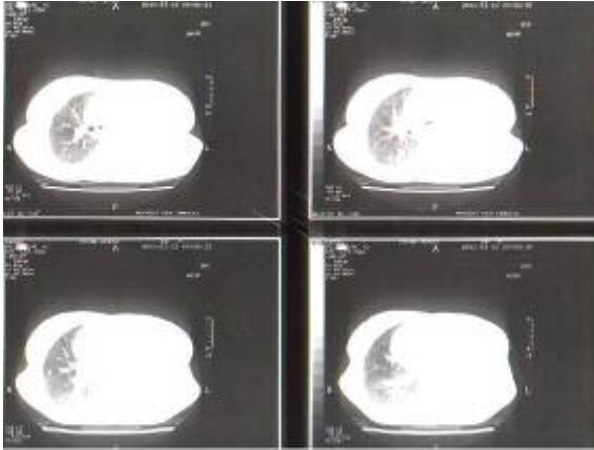
تشاهد علامات انصباب جنب أيسر غزير الكمية محجب مع تسمك في الوريقات الجنبية منتظم الحافات يترافق بانخماص تام للبرانشيم الرئوي الأيسر ودفع لأعضاء المنصف نحو الأيمن (الشكل 5،6) ولم تشاهد آفات في البرانشيم الرئوي الأيمن (الشكل 4) على النافذة الرئوية.

نتيجة التشريح المرضي للخزعات عبر القصبات (التهاب لانوعي) والغسالة من القصبات سلبية لعصية كوخ والخلايا الشاذة.

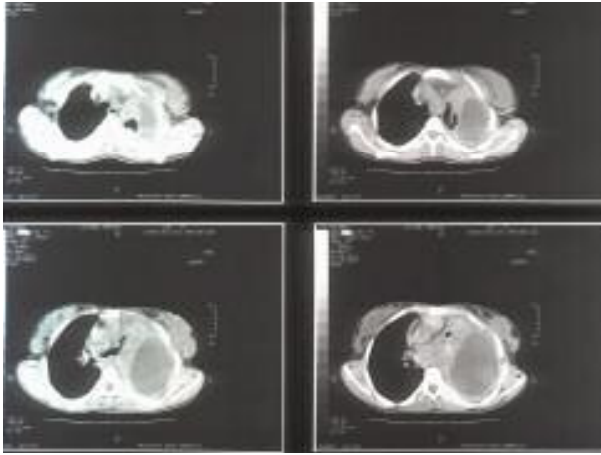
اختبار السلين إيجابي 16 ملم. بزل سائل الجنب: كان السائل لزجاً سميك القوام هناك صعوبة في سحب السائل.



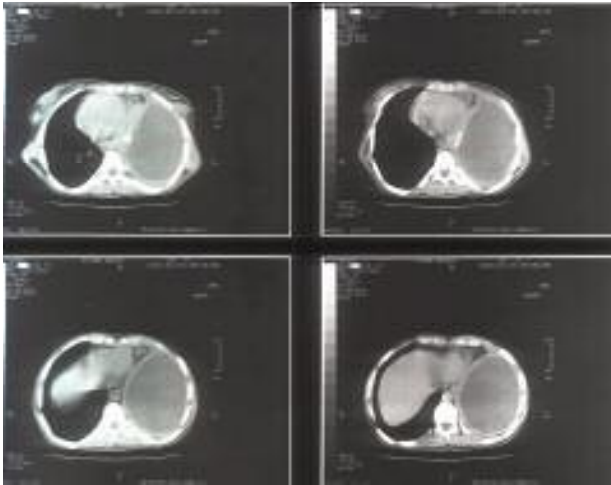
الشكل (3) صورة شعاعية خلفية أمامية للصدر تبدي نصف صدر ظليلاً أيسر مع انحراف بأعضاء المنصف نحو الأيمن



الشكل 4 مقاطع طبقية محورية للصدر (النافذة الرئوية) تظهر سلامة بارانشيم الرئة اليمنى ونصف صدر ظليلاً أيسر



الشكل 5



الشكل 6

الشكل 5 و6 مقاطع طبقية محورية للصدر (النافذة المنصفية) تظهر انصباباً غزيراً أيسر محجياً مع تسمك شديد في الوريدات الجنبية وانكماش رئة أيسر

وبمراجعة النتائج المخبرية لتحليل سائل الجنب لاحظنا أن السكر منخفض (23ملغ/دل) وكان أقرب للحمض (PH 7.16). تقرر تفجير الجنب لتخفيف الزلة لدى المريضة. وقد تم إجراء تفجير جنب عن طريق إجراء شق جراحي على الورك الخامس الخط الإبطي المتوسط للجانب الأيسر تحت التخدير الموضعي، وقد خرجت كمية كبيرة من سائل لزج القوام، حليبي مصفر عكر مشابه للمنظر الكيلوسي، تم إفراغ قرابة ليتر وأرسلت عينات للفحص المخبري الجرثومي المباشر والزرع وتحري الفطور وعصية كوخ وخزعات جنبية للفحص النسيجي. كما أجريت معايرة الكوليسترول (264ملغ/دل) والشحوم الثلاثية (32 ملغ/دل) ونلاحظ عدم ارتفاع عيار الشحوم الثلاثية (أكثر من 110 ملغ/دل) مع ارتفاع محتوى الكوليسترول أكثر من 200ملغ/دل مما يجعلنا نتوجه نحو تشخيص الانصباب الكيلوسي الكاذب حسب المعايير المعتمدة (2، 3، 18، 30). (13).

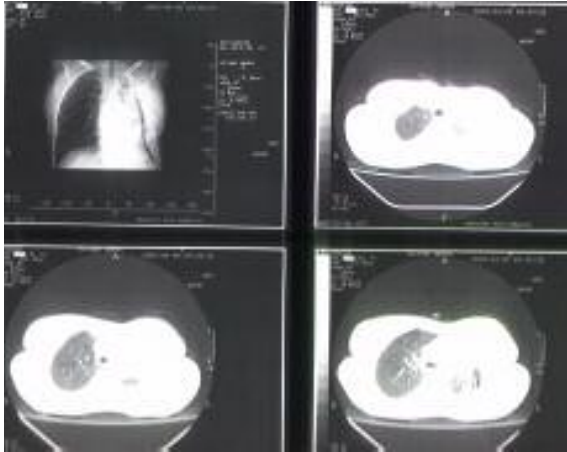
الفحص النسيجي لخزعات الجنب: التهاب جنب حبيومي نخري على أرضية من ارتكاس التهابي مزمن مع تليف وبؤر من التكلس. السائل الجنبى سلبى الخلايا الشاذة. وكانت نتائج تحري عصية كوخ والفطور والجراثيم في سائل الجنب سلبية.

أظهرت الصورة البسيطة للصدر بعد 4 أيام من التفجير (الشكل 7) استمرار الظلال الشعاعية لكثافات رئوية وسويات ضمن الجنب ولم تنفرغ الأجواف المحجبة ولم تنتشر الرئة اليسرى. وكان التحسن بالحالة السريرية طفيفاً. تم إجراء تصوير طبقي محوري للصدر بعد 6 أيام من التفجير: (الشكل 8، 9). أظهرت تسمكاً وتليفاً جنبياً شديداً يترافق مع تكلسات نقطية على وريقات الجنب مع انكماش بالرئة اليسرى وصغر حجمها.

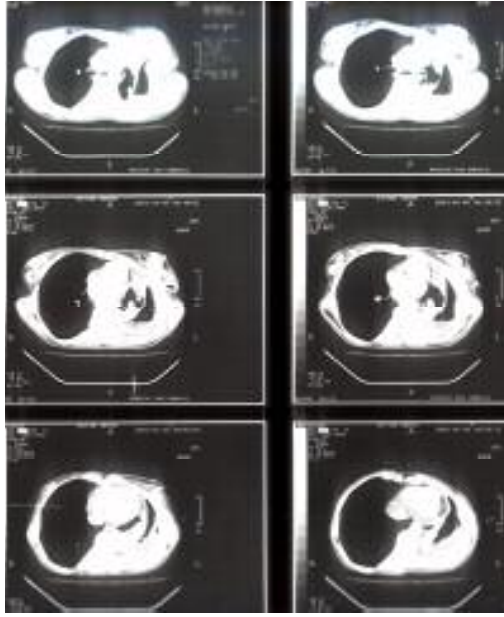
بسبب عدم انتشار الرئة أحييت المريضة بعد الانتهاء من المعالجة الدرنية لإجراء تفشير جراحي للرئة اليسرى وهو الخيار الأخير المقترح لتدبير هؤلاء المرضى (13).



خلفية أمامية للصدر بعد إجراء تفجير الجنب الشكل 7 : صورة شعاعية يشاهد المفجر و لم تنتشر الرئة اليسرى بعد 4 أيام بسبب التسمك الجنبى



الشكل 8: مقاطع طبقية محورية للصدر في النافذة الرئوية بعد التفجير
تشاهد عدم انتشار النسيج الرئوي الأيسر



الشكل 9: مقاطع طبقية محورية للصدر في النافذة المنصفية بعد إجراء تفجير الجنب لم تنتشر الرئة اليسرى بسبب التسمك والتليف الجنبى الشديد المترافق بتكلسات نقطية على وريقات الجنب ويستمر انكماش الرئة اليسرى وصغر حجمها

المناقشة:

الكوليسترول أكثر من 200 ملغ /دل
 إن تشخيص الحالة المرضية التي
 عرضناها يتوافق مع انصباب جنب نظير
 أقل من 110 (3،2،1) ومحتوى الشحوم الثلاثية فيه
 أو شبيهه بالكيلوسي ويدعى أيضاً
 عيار الكوليسترول لدى مريضتنا في
 سائل الجنب 264 ملغ /دل والشحوم
 الكاذب الثلاثية (5،4،3،2،1) وهو انصباب جنب مزمن
 مع مظهر عياني للثلاثية (38 ملغ/دل) مع مظهر عياني
 للثلاثية يشبه السائل الكيلوسي. يتميز بسائل غني بمحتواه من

وحسب المراجع الطبية (1،2،3) يتميز الانصباب الجنبى بالسائل الكيلوسي الكاذب بشكل عكر المظهر عيانياً، وقد يكون ذا لون حليبي مصفر أو مخضر ويمكن أن يصنف خطأً على أنه تقيح جنب أوسائل كيلوسي (2،3). وقد يكون السائل لزجاً سميك القوام، محتوى السكر فيه منخفضاً (أقل من 60 ملغ/دل) (2،3،16) وهو ماشاهدناه لدى مريضتنا حيث عيار السكر في سائل الجنب لديها كان 23 ملغ /دل وكان لون سائل الجنب أبيض مصفراً عكراً، كما أن درجة الحموضة 7.16، وهذا يتوافق مع تقارير الأدب الطبي (2،3،18).

في التقرير المنشور من قبل غارسيا ورفاقه (3) والذي عرض حالتين سريريتين وراجع فيه 28 بحثاً في الأدب الطبي وصفت 172 حالة انصباب كيلوسي كاذب أظهر أن التدرن كان أكثر سبب شيوعاً للانصباب الكوليسترولي في معظم الحالات المنشورة (85% من الحالات)، منها 54% ترافق الانصباب الكوليسترولي بوجود انصباب درني مزمن مع تسمك جنب، و31% من الحالات المعروضة في الأدب الطبي كان تطور الانصباب الكوليسترولي بعد قصة علاج التدرن الرئوي بخصم الرئة بالريح الصدرية الصناعية (2،3،8،9)، وقد تراجعت هذه الطريقة في العقود الأخيرة بعد اكتشاف أدوية نوعية لعلاج التدرن. ومن ثم تبقى الريح الصدرية الصناعية كسبب للانصباب الكوليسترولي تاريخاً. ويأتي الداء الرثياني في الترتيب الثاني بعد التدرن حسب تقارير الأدب الطبي في أسباب الانصباب الكيلوسي الكاذب (3،14،15) حيث يشكل المرضى 9% من الحالات المسجلة في الأدب الطبي (3). ويشير تقرير غارسيا (3) إلى أنه منذ عام 1986 لم تنشر تقارير مشابهة عن انصباب شبيه بالكيلوسي المرافق للداء الرثياني. كما أننا لم نجد تقارير حتى تاريخ إعداد البحث يصف مثل هذه الحالة، وقد يعود ذلك إلى أن التشخيص المبكر والمعالجة الفعالة للداء الرثياني ومضاعفاته قد تكون وراء تخفيض هذا

الشكل من الانصباب. كما أن التقارير الحديثة التي تصف الانصباب الكيلوسي الكاذب المرافق للتدرن قليلة فأخر تقرير ورد في الأدب الطبي لوصف حالة انصباب كوليسترولي شبيه بالكيلوسي عند مريض درني كان من تركيا (6). وقد يكون الكشف المبكر ومعالجة الانصبابات الدرنية يقي من السير المزمن ومضاعفاته، رغم أن بعض التقارير تشير إلى أن العلاج الناجح والفعال للتدرن لا يمنع بالضرورة من تطور الانصباب الكيلوسي الكاذب (3) كما في الحالة التي عرضناها. وقد ورد في أول تقرير حديث في الأدب الطبي عن حالة انصباب كوليسترولي عقب إجراء تداخل جراحي قلبي لمجازات إكليلية (16) ترافق مع تسمك جنبي وانصباب مزمن أيسر ظهر على صورة شعاعية للمصدر أجريت في سياق المراقبة بعد سنة من التداخل الجراحي للمجازات دون تدبير.

تشير التقارير المنشورة إلى أن الأعراض السريرية للانصباب نظير الكيلوسي قليلة وغير نوعية، وقد تتجم الموجودات السريرية التي تشاهد لدى المرضى عن التأثير الميكانيكي لانضغاط الرئة بسائل الانصباب إذ عندما يتطور بشكل تدريجي يحدد من إمكانية الجهد المعتاد ويسبب تعباً سريعاً، ولا يشيع الترفع الحروري لأنه لا توجد آلية التهاية لتطور الانصباب (وقد كانت الزلة التنفسية أهم الأعراض التي بدأت لدى مريضة الحالة المعروضة ودعتها لمراجعة للمشفى).

ومن بين أسباب ندرة المرض التوقف عملياً عن استخدام معالجة التدرن الرئوي بخصم الرئة بالريح الصدرية الصناعية المستخدمة سابقاً والتي كانت من بين أهم أسباب هذا الشكل من الانصباب (2،3). وقد يكون هناك أحياناً خلط مع الانصباب القيحي عيانياً أو الكيلوسي (2). فلا تطلب بشكل موجه التحاليل المشخصة للمرض ويعامل على أنه انصباب قيحي من قبل الطبيب المعالج، خاصة أن الانصباب النتحي تنخفض فيه قيمة السكر كما قد يختلط عيانياً مع السائل الكيلوسي، ومن

المهم للطبيب أن يفرق بين الانصباب الكيلوسي والشبيه بالكيلوسي (الكوليسترولي)، وقد وضعت مجموعة من المعايير للتفريق بينهما مدرجة في الجدول 1 (2) إن مراجعة الأدب الطبي تظهر أن الانصباب الكوليسترولي ذا سير مزمّن يستمر فيه الانصباب لأشهر وأحياناً سنوات (3) الأعراض السريرية للانصباب نظير الكيلوسي قليلة وغير نوعية، و تتجم عن التأثير الميكانيكي بانضغاط الرئة بسائل الانصباب. إذ عندما يتطور بشكل تدريجي يسبب تحديداً في إمكانية الجهد المعتاد مع تعب سريع

ولا يشيع الترفع الحروري لأنه لا توجد آلية التهاجية لتطور الانصباب (وقد كانت الزلة المترقية لدى مريضتنا في الحالة المعروضة أعلاه أهم عرض دفعها لمراجعة المشفى). لا توجد تغيرات مخبرية نوعية دموية توجه نحو المرض. إلا أن منظر السائل العياني الحليبي المأخوذ عبر البزل المغلق أو عبر أنبوب التفجير يجب أن يوجه الطبيب لإجراء تحليل السائل لتحري عيار الكوليسترول والشحوم الثلاثية فيه لتفريق السائل الكيلوسي الحقيقي عن الكاذب.

	Chylothorax	Pseudochylothorax
Pleural fluid		
Triglyceride mg-dL ⁻¹	>110	<50
Pleural fluid/serum ratio	>1	<1
Cholesterol mg-dL ⁻¹	<100	>200 (often >1000)
Pleural fluid/serum ratio	<1	>1
Chylomicrons	Present	Absent
Microscopy		
Cholesterol crystals	Absent	Present
Cellular predominance	Lymphocytes	Variable
Protein g-dL ⁻¹	>3.0	>3.0
Glucose mg-dL ⁻¹	>60	<60*
PH	>7.20	<7.20*
Specific gravity	1.012	1.016
Creamy layering	Yes	No
Discolouration of fluid on ingestion of lipophilic dye	Yes	No
Clinical features		
Clinical onset/duration	Acute, subacute	Chronic (years)
Most common aetiology	Trauma, malignancy	Tuberculosis
Pleural surface	Smooth	Thickened or calcified
Risk of empyema	Minimal or none	Minimal or none
Treatment	Required in almost all patients	Not required in asymptomatic cases

الجدول 1 : يبين المعايير المميزة لكل من الانصباب الكيلوسي وشبيه بالكيلوسي (الكيلوسي الكاذب)

ويكون الانصباب الدرني الشبيه بالكيلوسي عادة عقيماً، لا تكشف فيه عصية التدرن. كما أن معالجة التدرن الحاد الفعالة والناجحة لا تتفي إمكانية تطور هذا المضاعفة البعيدة لدى بعض المرضى (3)، وقد شخص لدى مريضتنا انصباب كوليسترولي نتحي تسيطر فيه للمفاويات، وكان عقيماً حيث لم تكشف عصية كوخ أو أي جراثيم أخرى. ويشير بعض الدارسين إلى أن عدم مشاهدة السائل الحليبي لاينفي بالضرورة الانصباب الكوليسترولي (3)، الصورة الشعاعية للصدر والأهم التصوير الطبقي المحوري للصدر وسيلة استقصاء مهمة للتقييم، وقد أظهرت لدى مريضتنا التسمك الجنبى وانكماش الرئة اليسرى، لذا نقترح إجراءه لمرضى الانصبابات الدرنية لكشف المضاعفات الجنبية وتشخيصها. وتشير بعض التقارير (3) إلى أن خزعة الجنب ليست ذات قيمة تشخيصية مهمة كما أنه لا يعتمد على عيار الادينوزين دي اميناز في تأكيد التشخيص وتقرير العلاج.

لايزال منشأ الكوليسترول في سائل الجنب في الانصباب الشبيه بالكيلوسي غير معروف بشكل كامل، كما أن آليات تراكمه غير مفسرة حتى النهاية، لأن بعض الانصبابات النتحية الدرنية ولأسباب مجهولة لا ترتشف وتستمر فترات زمنية طويلة قد تدوم أشهراً، لتصبح غنية بالكوليسترول، وعادة ما نشاهد ميل الانصبابات الجنبية تلك للإلزامان مع التسمك الفيبريني والتحجب بوريقات الجنب (7). ويعزو بعض الدارسين زيادة تركيز الكوليسترول في سائل الجنب إلى ازدياد إنتاجه وتحرره ضمن حيز الجنب نتيجة تخرب الخلايا الدموية وتطلها في جوف الجنب (2،3،4،6) ويعتقد بعض الباحثين أن تطور الانصباب المزمّن في تدرن الجنب يترافق بعبور الكوليسترول من المصل إلى جوف الجنب وببطء عودة ارتشافه (1،2،3)، ففي حالات الانصباب الدرني المزمّن هناك نقص في نفوذية أغشية الجنب بسبب تسمكها وتوذمها وترسب الفيبرين عليها والتكلسات فيها

الكوليسترولي بسبب غناه بالكوليسترون، (أكثر من 200 ملغ /دل) و أكثر أسبابه شيوعاً التدرن.

3- يجب إدراج تشخيص انصباب الجنب الكيلوسي الكاذب في قائمة التشخيص التفريقي عند مشاهدة سائل مظهره شبيه بالكيلوسي مع تسمك جنب لدى مرضى تدرن الجنب المزمن.

4- إن العلاج الفعال للتدرن لا يمنع بالضرورة من تطور الانصباب الكيلوسي الكاذب، فهو يتطور في الانصبابات المزمنة ويصبح السائل محبباً ومحددأً بوريقة الجنب المتأيفة والمتسكه والمنكلسة، ويعدُّ التصوير الطبقي المحوري للصدر أفضل وسيلة استقصاء في تقييم المرضى، لذا نقتراح إجراءه لمرضى الانصبابات الدرنية المزمنة متأخرة الارتشاف لكشف المضاعفات الجنبية وتشخيصها.

(2،3،4،7،8)، مما يؤدي إلى إعاقة عودة ارتشاف الكوليسترون من سائل الجنب ويسبب تراكمه في جوف الجنب.

يقترح بعض الدارسين التفريغ المتكرر لسائل الانصباب الشبيه بالكيلوسي على مراحل في الحالات العرضية (8) ويوصف العلاج الدرني بالصادات النوعية فقط في حالات التدرن غير المعالجة سابقاً ويفيد تفسير الجنب في الحالات العرضية والناكسة ويلجأ إليه كخيار أخير في تدبير المرضى لعلاج الحالات الناكسة والعرضية (3،4،6،8،13).

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- انصباب الجنب الكيلوسي الكاذب حالة مرضية نادرة الحدوث مقارنة بالانصباب الكيلوسي الحقيقي، ويسمى أيضاً الانصباب الشبيه بالكيلوسي لأن مظهره العياني يشبه السائل الكيلوسي.
- 2- انصباب الجنب الكيلوسي الكاذب، هو انصباب نتحي يدعى بالانصباب

References

- 1- Light RW. Chylothorax and pseudochylothorax. In: Light RW, ed. 3rd edn. Pleural diseases. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995; pp. 284–298
- 2- Prakash, UBS. Chylothorax and pseudochylothorax,. European Respiratory Monograph, , 2002, 22, 249–265
- 3- Garcia-Zamalloa A, Ruiz-Irastorza G, Aguayo FJ, et al,: Pseudochylothorax: Report of 2 Cases and Review of the Literature. Medicine. May 1999, 78(3):200-207
- 4-Hillerdal G. Chyliform (cholesterol) pleural effusion. Chest 1985; 88:426-4284-
- 5--Rodriguez Gonzalez-Moro JM, Izquierdo Alonso JL. Pseudochylothorax or cholesterol pleural effusions Arch Bronconeumol. 1995 Oct; 31(8):431
- 6-Erkan ML, Atıcı AG, Fındık S. A case of pseudochylothorax. Turkish Respiratory Journal 2001; 2:23-5.
- 7-Hillerdal G. Chylothorax and pseudochylothorax. Eur Respir J. 1997 May;10(5):1157-62
- 8- Debieuvre D, Gury JP, Ory JP, Jobard JM; Association of pseudochylothorax and pleural tuberculosis. Apropos of a case; Rev Pneumol Clin. 1994; 50(4) :175-7
- 9-Campos Rodriguez F, Alfageme Michavila I, Hernandez Borge J, Villagomez Cerrato R, Vargas Puerto A. Pseudochylothorax. Review of 5 cases, Arch Bronconeumol. , 1997 Sep; 33(8):422-5.
- 10-Ribas Sola J, Ruiz Manzano J, Gallego Diaz M, Munoz Rino F, Morera Prat J Tuberculous pseudochylothorax. Presentation of a case with positive Mycobacterium tuberculosis culture and review of the literature, Arch Bronconeumol. 1995 Feb;31(2):80-2.
- 11- Coe JE, Aikawa JK. Cholesterol pleural effusion. Arch Intern Med 1961; 108: 763–774.

- 12- Hillerdal, G. Chyliform (cholesterol) pleural effusion. Chest 1985; 88:426.
- 13- Goldman A, Burdorf TH. Cholesterol pleural effusion: A report of three cases with a cure by decortication. Dis Chest 1950; 18: 586–594.
- 14--Ferguson GC. Cholesterol pleural effusion in rheumatoid lung disease. Thorax 1966; 21:577-582.
- 15- Klimczak A, Szczepek B, Szopinski J. Pseudochylothorax during the course of rheumatoid arthritis, Pneumonol Alergol Pol. 1999;67(11-12):558-63.
- 16-E.Garcia-Pachon*, L.C. Fernandez*, F. Lopez-Azorin**, I. Padilla-Navas, Pseudochylothorax in pleural effusion due to coronary artery bypass surgery ,Eur Respir J 1999; 13: 1487-1488.
- 17- Hamm H, Pfalzer B, Fabel H. Lipoprotein analysis in a chyliform pleural effusion: implications for pathogenesis and diagnosis. Respiration 1991; 58: 294–300.
- 18- Staats BA; Ellefson RD; Budahn LL; Dines DE; Prakash UB; Offord K The lipoprotein profile of chylous and nonchylous pleural effusions.- Mayo Clin Proc 1980 Nov;55(11):700-448.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2006/4/18.

تاريخ قبوله للنشر: 2006/8/23.