

ویژگی‌های پاتوفیزیولوژیک فیستول اکتسابی مری به مجرای تنفسی ناشی از بیماری گرانولوماتوز غیرفعال در حال حاضر با دانش آناتومی مדיاستن درک شده است. در مדיاستن فوقانی و میانی، مری در خلف تراشه واقع شده است. گره‌های لنفاوی ممکن است در اثر هیستوپلاسموز یا سل، ملتهب و بزرگ شوند. گره‌های لنفاوی، ناحیه‌ای کوچک از دیواره مری مجاور را به بیرون می‌کشند و بدین ترتیب یک دیورتیکول کششی ایجاد می‌کنند، که معمولاً حدود ۱ سانتی‌متر قطر دارد و بدون علامت است. گره‌های لنفاوی کلسیفیه به دیورتیکول مری و مجاری هوایی، هر دو می‌چسبند. به مرور زمان با حرکات مדיاستن و اروزیون موضعی، فیستول مری به مجرای هوایی ایجاد می‌شود. بسته به موقعیت این فرآیند، نتیجه ممکن است فیستول مری به تراشه، فیستول مری به برونش یا فیستول بین مری و پارانشیم ریه مجاور باشد.

تشخیص نقطه محوری- سرفه در هنگام بلع- در این مورد نادر اما دراماتیک از تب با منشا ناشناخته برای تشخیص درست لازم بود. این مورد، اهمیت پرسش مداوم درباره علائم جدید را در موارد پیچیده تشخیصی بیان می‌دارد، همان‌طور که یکی از نویسندگان این مقاله (که همان دکتر خیس عرق مورد سوال بود) می‌تواند تصدیق کند. ■

#### منبع:

Kaul DR, et al. *The drenched doctor*. *New England Journal of Medicine* May 3, 2007; **356**: 1871-6.



تصویر: ادرار بنفش رنگ مرد ۵۸ ساله‌ای با کاتر ادراری دایمی

به رنگ سبز درآید. دریافت ریفامپین یا وارفارین نیز ممکن است ادرار را به رنگ نارنجی پررنگ در بیاورد.

CMAJ August 26, 2008; **179**: 491.

مترجم: دکتر نادیا فغانی جدیدی

شیمیایی شود. علل غیربدخیم فیستول‌ها متفاوت‌اند و شامل عفونت‌های مزمن (مثل سل)، آسیب ناشی از اشعه، اختلالات مادرزادی، ضایعات بعد از جراحی یا مداخلات، آسیب موضعی و برونکولیتیز هستند. مری‌بارت علتی نادر برای فیستول‌های مری به مجرای تنفسی است. در این بیمار، آخرین آندوسکوپی نشان داده بود که زخم دیستال مری در حال التیام است، در حالی که فیستول در وسط مری بود. به هر حال، مری دیستال زیر مجاری هوایی اصلی قرار دارد و زخم نافذ در آن سطح، انتظار می‌رود که به پارانشیم ریه وارد شود.

درمان فیستول برونش به مری به روش جراحی است و شامل جداسازی مری از برونش، ترمیم سوراخ‌های هر دو طرف با بخیه و قرار دادن فلایپی از بافت زنده (مثل عضله بین دنده‌ای، بالشتک چربی مדיاستن چرخانده شده یا پلور) در وسط برای جلوگیری از عود فیستول است. گره‌های لنفاوی مדיاستینال کلسیفیه (مانند آنهایی که در رادیوگرافی قفسه سینه بیمار ما دیده شده‌اند) معمولاً ناشی از بیماری‌های گرانولوماتوز هستند و به طور معمول در بیماران ساکن در نواحی دیده می‌شوند که هیستوپلاسموز یا سل آندمیک است. ما متوجه شدیم که بیماران با توجه به منفی بودن آنتی ژنی، فقدان رشد هیستوپلاسم کپسولاتوم در نمونه بیوپسی مغز استخوان، فقدان التهاب گرانولوماتوز در نمونه جراحی و بهبود بالینی طولانی مدت پس از جراحی، هیستوپلاسموز یا سل فعال ندارد. هر چند که یافته‌های رادیولوژیک مبتنی بر وجود گره‌های لنفاوی مדיاستینال شدیداً کلسیفیه در بیمار ما نشان دهنده علت احتمالی فیستول مری به مجرای تنفسی است.

#### نشانه‌گان کیسه ادرار بنفش

بیمار، مرد ۵۸ ساله‌ای با کاتتر ادراری دایمی بود که ادرارش به رنگ بنفش پررنگ درآمده بود (تصویر). از آنجایی که ادرار قلیایی بود (pH= ۷/۷) تشخیص عفونت دستگاه ادراری با پروتئوس میرابیلیس برای بیمار مطرح شد. پس از درمان با سفتراییدیم، علائم بیمار (که نشانه‌گان کیسه ادرار بنفش نامیده می‌شود) برطرف شد.

این پدیده طی یک دوره ۲ ساله در تقریباً ۸٪ از بیمارانی که کاتتر ادراری دایم دارند روی می‌دهد. در اغلب موارد این نشانه‌گان همراه با عفونت دستگاه ادراری ناشی از ارگانیزم‌هایی مانند باکتری‌های پروویدنسیا، اشیشیا کولی، پروتئوس میرابیلیس یا کلیسیلا پنومونیه است. این باکتری‌ها آنزیمی به نام ایندوکسیل فسفاتاز/سولفاتاز تولید می‌کنند که ایندوکسیل سولفات ترشح شده در ادرار را به دو ترکیب قرمز و آبی رنگ (ایندیروبین و ایندیگو) تبدیل می‌کند که مخلوط آنها با هم موجب ایجاد رنگ بنفش ادرار می‌شود.

تریپتوفان که در حالت طبیعی در روده‌ها وجود دارد به ایندوکسیل تجزیه می‌شود که پس از جذب در روده داخل ادرار ترشح می‌شود. بیوست به دلیل اینکه زمان عبور تریپتوفان از روده را طولانی می‌کند موجب افزایش سطح ادراری ایندوکسیل سولفات شده و عامل خطرزایی برای نشانه‌گان کیسه ادرار بنفش است. عوامل خطرزای دیگر شامل قلیایی شدن ادرار (که ادرار را مستعد رشد باکتری‌های مسوول می‌کند) و استفاده از کاتترهای ساخته شده از پلی‌وینیل کلراید است. همچنین زنان بیشتر از مردان در معرض خطر ابتلا هستند.

تغییر رنگ ادرار دلایل مختلفی دارد. ادرار بنفش رنگ ممکن است در همراهی با درهم رفتگی روده‌ها (intussusception) دیده شود. در مواقعی که بیمار دچار عفونت دستگاه ادراری با پseudomonas باشد و یا متیلن بلو، آمی‌تریپتیلین، ایندومتاسین، دوکسوروبیسین و یا پروپوفول مصرف کرده باشد ادرار ممکن است