

مورد غیر معمول کیست هیداتید کبد

دکتر نادر فیاضی^۱ دکتر سیدحسام‌الدین بنی‌هاشمی^۲

^۱ استادیار گروه داخلی، ^۲ استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره اول بهار ۸۶ صفحات ۹۷-۱۰۱

چکیده

مقدمه: کیست هیداتید عمدتاً کبد و ریه را درگیر می‌کند. در کبد این عفونت معمولاً سیر خوش‌خیم دارد. ولی گاهی ممکن است پاره شده و سبب برقان انسدادی گردد. به ندرت کیست هیداتید کبد مستقیماً به داخل حفره صفاق پاره می‌شود.

معرفی بیمار: آقای ۲۵ ساله‌ای با شکایت از بزرگ شدن شکم بستری گردید. شکایات بیمار از حدود سه سال قبل با دردهای مبهم شکمی و سیری زودرس و تهوع شروع شده بود. در معاینه فیزیکی اتساع شدید شکم همراه به تندر نس خفیف منتشر در شکم و آتروفی عضلانی وجود داشت. کلیه آزمایشات (بجز اتوزینوفیلی ۱۱٪ در خون محیطی) طبیعی بودند. سونوگرافی شکم کیست‌های هیپواکو متعدد را در حفره صفاق نشان داد. سی‌تی‌اسکن یافته‌های سونوگرافی را تأیید کرد و علاوه بر آن چند کیست را در کبد نیز نشان داد. آنتی‌بادی علیه اکینوкокوس گرانولولوس (به روش هماگلوتیناسیون) با تیترا بالا در سرم بیمار یافت شد. مبنی‌اثرول با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن به مدت یکماه برای بیمار تجویز گردید. شکایات بیمار بطور کامل برطرف شد و اندازه کیست‌های بیمار نیز در معاینات بعدی بطور قابل توجه کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: کیست هیداتید صفاق حتی در مناطق اندمیک نیز از تظاهرات نادر بیماری هیداتید می‌باشد و تقریباً همیشه در اثر پاره شدن کیست‌های هیداتید کبد بوجود می‌آید. اگرچه تخلیه کامل کیست درمان انتخابی برای کیست‌های منفرد می‌باشد، در مورد درمان کیست‌های متعدد بخصوص در حفره صفاقی اتفاق نظر وجود ندارد. اکثر مراکز، درمان طبی را جهت کاهش میزان عود کیست در این موارد به درمان جراحی اضافه می‌کنند. بیمار موردنظر مبتلا به کیست هیداتید کبد همراه با پارگی بی‌علامت به داخل حفره صفاق بود ولی تظاهرات بیمار (لاغری مفرط و شکم برآمده) خیلی شبیه به سیروز بود. باید در نظر داشت که پارگی کیست هیداتید کبد می‌توان بدون علامت یا همراه با علائم بسیار خفیف باشد.

کلیدواژه‌ها: اکینوкокوس - هپاتیت - کیست‌های هیداتیک

نویسنده مسئول:

دکتر نادر فیاضی

بخش داخلی بیمارستان

شهیدمحمدی - دانشگاه علوم

پزشکی هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن: ۰۹۸ ۷۶۱ ۳۳۴۷۸۹

پست الکترونیکی:

mfayazi@hums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۴/۷/۶ اصلاح نهایی: ۸۵/۶/۷ پذیرش مقاله: ۸۵/۶/۲۸

مقدمه:

بیماری هیداتید عفونت انگلی از خانواده سستدها به نام اکینوкокوس گرانولولوس می‌باشد. که از طریق غذای آلوده به مدفوع سگ به انسان منتقل می‌شود و انسان و گوسفند نقش میزبان واسطه را برای این انگل ایفا می‌کنند. این بیماری در بعضی از مناطق جهان از جمله خاورمیانه (شامل ایران و کشورهای همسایه)

اندمیک می‌باشد. در ۹۵٪ موارد کبد و ریه در جریان این بیماری درگیر می‌شود. درگیری حفره صفاقی غیرمعمول است و در اغلب موارد ثانویه به پارگی کیست‌های داخل کبد مربوط می‌باشد ولی بندرت گزارشاتی از درگیری مستقیم خود حفره صفاقی وجود دارد.

- در معاینه علائم حیاتی طبیعی (تب نداشت) و بجز برجستگی شدید در ناحیه شکم و آتروفی عضلانی و لاغری مفرط نکته دیگری نداشت. Shifting dullness منفی بود و شکم در دق dull بود و بطور پراکنده در بعضی از مناطق شکم رزونانس وجود داشت (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱- بیمار با علائم بزرگی شکم، آتروفی عضلات و لاغری مفرط

- کلیه آزمایشات بیوشیمی از جمله تست‌های کبدی (ALP, ALT, AST) طبیعی بود. شمارش سلولی بیمار بجز ائوزینوفیلی ۱۱٪ نکته غیرطبیعی نداشت. PTT, PT طبیعی بود.

در بدو ورود در اورژانس با شک به آسیب در زمینه سیروز پاراستنژ انجام شد. خصوصیات مایع آسیب شامل قند ۶۸ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، آلبومین ۰/۴ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، LDH ۱۶۰ واحد در میلی‌لیتر و شمارش سلول (WBC=۲۰۰ml و PMN=۵۰٪) بود.

- در همان روز اول بستری چند نوبت اقدام به پاراستنژ شد ولی هر بار حداکثر ۳۰۰ml مایع خارج می‌شد.

- روز بعد از بیمار سونوگرافی شکم انجام شده بود که کیست‌های متعدد داخل شکم که بزرگترین آن ۱۰×۱۰cm بود، گزارش شد. همچنین یک کیست در لب راست کبد نیز گزارش شد. در سی‌تی‌اسکن انجام شده، حفره شکم

جهت تشخیص بیماری معمولاً شک اولیه از نمای یکی از روشهای تصویربرداری (CT اسکن، سونوگرافی...) بوجود می‌آید و سرولوژی (که در اغلب موارد جستجوی آنتی‌بادی بر علیه آنتی‌ژنهای انگل به روش ELISA می‌باشد) تشخیص بیماری را تأیید می‌کند.

سرولوژی، حساسیت ۱۰۰ تا ۸۰٪ دارد و ۹۶-۸۸٪ اختصاصی می‌باشد. ولی در هر حال تصویربرداری از سرولوژی حساس‌تر می‌باشد و چنانچه در مواردی تصویربرداری گویای این تشخیص باشد، علی‌رغم منفی بودن سرولوژی درمان جهت بیمار شروع می‌شود.

در مورد درمان این بیماری هنوز اختلاف نظر زیاد است و به عنوان یک پروتکل کلی اگر کیست منفرد و یا محدود به یک ناحیه (یک لب کبد با یک لب ریه باشد)، درمان انتخابی جراحی و برداشتن کیست بطور کامل می‌باشد. در مواردی که بدلیل متعدد بودن یا منتشر بودن یا عدم دسترسی امکان جراحی نباشد، از درمان طبی مثل آلبندازول و مبندازول استفاده می‌شود که در مورد دوره درمان و مقدار دارو نیز اتفاق نظر وجود ندارد. بهترین روش پیگیری درمان تصویربرداری می‌باشد که از بین رفتن یا کوچک شدن و چرکیده شدن کیست به عنوان نشانه پاسخ مثبت به درمان تلقی می‌گردد.

ما موردی را از بیماری معرفی می‌کنیم که بیمار با کیست‌های متعدد شکمی مراجعه نموده است و با استفاده از مبندازول بطور کاملاً مؤثر، پاسخ داده است.

معرفی بیمار:

آقای ۲۵ ساله‌ای با شکایت از درد مبهم شکمی و کاهش وزن و بزرگی شکم به بیمارستان شهیدمحمدی مراجعه نمود. بیمار حدود ۵ ماه قبل از افغانستان به ایران مهاجرت کرده بود. ناراحتی خود را از حدود ۳ سال قبل ذکر می‌کرد که ابتدا متوجه درد مبهم در تمام شکم شده است و به پزشکان زیادی مراجعه نموده است. مشکل بیمار به تدریج افزایش یافته بود و کم‌کم بیمار متوجه بزرگ شدن شکم خود و سیری زودرس می‌شود.

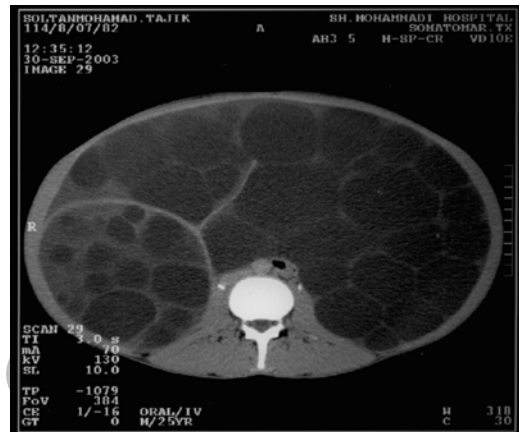
- پس از حدود سه ماه وقفه بدلیل عدم مراجعه بیمار، درمان با روزانه ۴۲ قرص ۱۰۰mg مبندازول شروع شد (۱۰۰mg به ازای هر کیلوگرم وزن بیمار) و بمدت یکماه درمان ادامه داشت. در طول این مدت بیمار هیچگونه شکایتی از عوارض دارو نداشت و با بهبود نسبی علائم و افزایش اشتها بیمار مرخص گردید. پس از ۱۵ ماه بیمار مجدداً به درخواست کادر پزشکی جهت ارزیابی مجدد مراجعه نمود. در این نوبت مراجعه شکم بیمار کاملاً کوچک شده بود. افزایش وزن مشخص داشت، آتروفی عضلانی بیمار نیز جبران شده بود و بیمار هیچ شکایتی نداشت (تصویر شماره ۴).



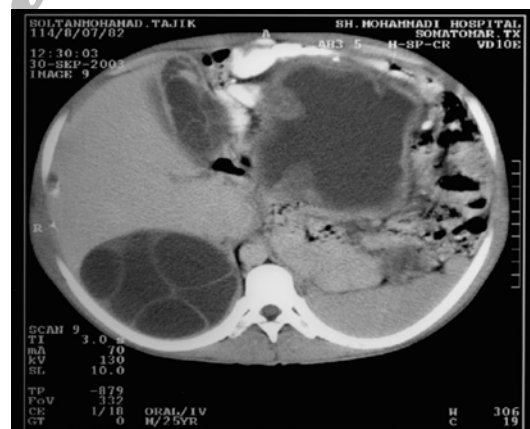
تصویر شماره ۴- تصویر بیمار یک ماه بعد از درمان با کاهش اندازه شکم و بهبود آتروفی عضلات

تصویر شماره ۵، شکل ظاهری بیمار را بعد از درمان (با فاصله ۲ سال) و تصاویر شماره ۶ و ۷ نمای دو برش از سی‌تی‌اسکن بیمار را در همین زمان نشان می‌دهد. که در تصویر سی‌تی‌اسکن بعد از درمان بطور مشخص کیست‌ها کوچک‌تر شده‌اند. دانسیته آنها افزایش یافته است و حدود آنها نیز نامشخص‌تر شده است.

و لگن مملو از کیست با اندازه متفاوت گزارش شد که به شکم نمای Honey Combing داده بود. همچنین کیست‌هایی را نیز با ابعاد متفاوت در کبد گزارش کرد که حاشیه آن لایه لایه بود (تصویر شماره ۲ و ۳).



تصویر شماره ۲- برشی از سی تی اسکن با کیست‌های متعدد و ابعاد متفاوت در کبد



تصویر شماره ۳- نمای یک برش از سی‌تی‌اسکن کیست‌های متعدد در کبد

- آسپیراسیون کیست از نظر وجود اسکولکس توسط آزمایشگاه پاتولوژی منفی گزارش شد. بررسی آنتی‌بادی بر علیه اکینوкокوس به روش هم‌اگلوتیناسیون در سرم بیمار در دانشکده بهداشت، دانشگاه تهران انجام شد که آنتی‌بادی با تیترا بالا مثبت گزارش گردید.

بحث و نتیجه‌گیری:

پیرامون این بیمار دو بحث وجود دارد در ابتدا به بررسی شیوع درگیری حفره صفاقی در جریان بیماری هیداتید و انواع آن می‌پردازیم و سپس درمان‌های رایج این بیماری را مرور می‌کنیم.

اکثر مطالعات از کشورهای جهان که در واقع محل اندمیک این بیماری می‌باشد، حداکثر درگیری را در کبد حدود ۷۰٪ و سپس ریه ۲۵٪ نشان می‌دهد و درگیری صفاقی حداکثر ۲٪ از موارد را نشان می‌دهد.

- در مطالعه‌ای در ترکیه در فاصله ۴ سال در یک مرکز ۱۷۶ بیمار مبتلا به بیماری هیداتید مورد بررسی قرار گرفتند که این میان ۱۴ مورد خارج کبد و ریه بوده است و در این میان طحال و کلیه بیشترین محل‌های درگیری بوده‌اند. در این بیماران درگیری صفاقی در ۲۵٪ موارد به دنبال اعمال جراحی قبلی بر روی کیست هیداتید کبد بوده است (۱).

- کانتوژیدی و همکاران از ایتالیا در طول ۱۸ سال فقط ۸ مورد کیست هیداتید خارج کبد و ریه گزارش کرده‌اند که از میان آنها سه مورد حفره صفاقی درگیر بوده است که در تمامی این موارد کبد نیز حاوی کیست بوده است (۲).

- موسکا از تونس ۹ مورد کیست هیداتید حفره صفاقی را گزارش کرده است که ۵ مورد منفرد و سه مورد متعدد بوده است. در بین این بیماران ۲ مورد بدون علامت و ۴ مورد درد شکم و توده شکمی داشته‌اند که علائم مشابه بیمار ما بوده است (۳).

- ابواشی از عربستان در یک مرکز در طول ۸ سال، ۷ مورد کمیاب کیست هیداتید را گزارش کرده است که از این میان فقط یک مورد کیست هیداتید در حفره شکم و لگن بوده است (۴). مطالعه دیگری در تونس در عرض ۹ سال ۱۲ کیست هیداتید حفره صفاقی را گزارش کرده است که ۴ مورد از آنها عمل جراحی برای کیست هیداتید کبد داشته‌اند. در بین این بیماران ۱۱ مورد ثانویه به پارگی کیست هیداتید در کبد و طحال و یک مورد درگیری اولیه حفره صفاقی بوده است. از ۱۲ بیمار، ۲ بیمار بدون هیچگونه علامت بالینی بوده‌اند (۵).



تصویر شماره ۵- تصویر بیمار دو سال بعد از درمان، بهبود واضح اندازه شکم و عضلات



تصویر شماره ۶- برش سی‌تی‌اسکن شکم با کاهش اندازه کیست‌ها



تصویر شماره ۷- برش سی‌تی‌اسکن شکم با کاهش اندازه کیست‌ها و نامشخص شدن حدود کیست

شیوع جنسی و سنی در مطالعات مختلف متفاوت بود اما به دلیل محدود بودن تعداد موارد بررسی آنها مشکل است ولی می‌توان گفت که در آقایان و در حدود ۳۵ سالگی درگیری صفاق توسط کیست هیداتید بیشترین شیوع را دارد (۳،۵،۷).

گرچه در مورد کیست‌های منفرد در صورت امکان عمل جراحی و برداشتن کامل کیست توصیه می‌شود ولی در مورد کیست‌های متعدد بخصوص در حفره صفاق اتفاق نظر وجود ندارد. در اکثر مطالعات از جمله مطالعه بیروتی و کول عمل جراحی همراه با درمان طبی با مبندازول یا آلبندازول قبل و تا ۶ ماه بعد از عمل توصیه شده است. فقط یک مطالعه به درمان کیست‌ها متعدد تنها به مبندازول اشاره کرده است که طی آن ۱۵۰ کیست که ۱۳ مورد آنها منتشر بوده است، تنها با مبندازول خوراکی تحت درمان قرار گرفته بودند. در این میان هیچیک از بیماران دچار عارضه جدی نشده بودند و در ۶۴/۳٪ موارد بطور قابل توجه اندازه کیست‌ها کاهش یافته بود (۸). این موضع نشان می‌دهد که هنوز مبندازول را می‌توان بعنوان درمان مؤثر و بی‌عارضه در مورد کیست‌های منتشر متعدد استفاده کرد.

مطالعه جامعه‌تری در تونس توسط بیروتی و همکاران انجام شد که طی آن مشخص گردید که از بین ۹۷۰ بیمار که به دلیل کیست هیداتید تحت جراحی قرار گرفته بودند (در مدت ۱۰ سال) ۱۷ مورد پارگی حاد کیست به داخل حفره صفاق داشته‌اند که ۶ مورد آن بدنبال تروما به شکم بوده است. از بین این بیماران ۱۴ مورد با پریتونیت حاد و ۱ مورد با شوک آنافیلاکسی مراجعه کرده بودند (۶).

- دالی در مراکش با بررسی ۲۵ مورد کیست حفره صفاق نشان داد که ۸۴٪ آنها بدنبال پارگی کیست در کبد و ۴٪ بدنبال پارگی کیست در طحال بوده است (۷).
- با جمع‌بندی یافته‌های فوق می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که حتی در کشورهایایی که بیماری هیداتید اندمیک باشد، درگیری حفره صفاق به صورت کیست‌های متعدد نادر است.

در اغلب موارد درگیری صفاق به دنبال پارگی کیست در کبد، به میزان کمتر در طحال می‌باشد. تظاهرات درگیری صفاق متنوع و شامل درگیری بی‌علامت در یک سر طیف و شوک آنافیلاکسی در سر دیگر طیف می‌باشد ولی در اغلب موارد بیمار با توده شکمی و درد مبهم شکمی مراجعه می‌نمایند.

References

منابع

- Col C, Col M, Lafci H. Unusual localization of hydatid disease. *Acta Med Austriaca*. 2003;30(2):40-61.
- Contogitto I. [Unusual localizations of hydatid disease: a 18 years experience]. *G Chir*. 1994; 15(3):83-90. Italian.
- Mosca F. [Our experience in surgical treatment of peritoneal hydatid disease]. *G Chir*. 2004;25(11-12):85-89. Italian.
- Abu-Eshy SA. Some rare presentations of hydatid cyst. *J R Coll Surg Edinb*. 1998;43:34(5):347-352.
- El mansari. [Peritoneal hydatid cysts. Apropos of 12 cases]. *Ann Chir*. 2000;125(4):353-357. French.
- Beyrouti MI. Acute rupture of hydatid cyst in the peritoneum; 17 cases. *Presse Med*. 2004;33(6):379-384.
- Daali M, Hssaida R, Zoubir M. [Peritoneal hydatidosis: a study of 25 cases in morocco]. *Sante*. 2000;10(4):225-260. French.
- Teggi, Capozzi A, De Rosa F. Treatment of Echinococcus granulosus hydatid disease with mebendazole. *J Chem Ther*. 1989;1(5):10-70.