

معرفی یک مورد بیمار مبتلا به کیست هیداتیک اولیه ران

دکتر رامین فرزام^۱، دکتر عبدالمجید قائم پناه^۲، دکتر عبد الامیر فیضی^۳

نویسنده مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مرکز آموزشی درمانی آیت الله موسوی raminfarzam2007@yahoo.com

دریافت: ۸۸/۹/۸ پذیرش: ۸۸/۱۲/۳

چکیده

هر ارگانی می‌تواند توسط بیماری هیداتیک درگیر شود. کبد و ریه شایع‌ترین اعضا و عضلات به دلیل اسیدلاکتیک بالا و قابلیت انقباض از اعضای نادر هنگام درگیری هستند. در سال ۱۳۸۸، دختر روستایی ۲۲ ساله ساکن روستایی در اطراف زنجان، به دلیل احساس توده در داخل ران راست از ۳ سال پیش مراجعه نمود. در بررسی انجام شده، شرح حال، سابقه فامیلی، آزمایش خون و سرولوژی از لحاظ درگیری کیست هیداتیک منفی بود. MRI، تشخیص حین جراحی و نهایتاً بررسی آسیب شناسی تشخیص را مسجل ساخت. به منظور پیشگیری از پاره شدن کیست و ابتلای اعضای مجاور و ایجاد آنافیلاکسی حین جراحی، کیست هیداتیک باید در تشخیص افتراقی توده‌های اندام‌ها به خصوص در مناطق آندمیک قرار می‌گرفت.

واژگان کلیدی: کیست هیداتیک، ران، ام‌آر‌آی.

مقدمه

مخاط روده را سوراخ کرده، وارد جریان خون می‌شوند. انکوسفر سپس در احشای میزبان جایگزین شده، به صورت کیست لاروی بالغ درمی‌آید. کبد و ریه شایع‌ترین ارگان‌های درگیر هستند ولی کیست‌ها پس از عبور از سد این دو ارگان می‌توانند در هر عضوی مانند: مغز، قلب، استخوان‌ها و عضلات جایگزین شوند، (۱). گزارش زیر مورد نادری از درگیری عضله‌ی ران توسط کیست هیداتیک است.

گزارش مورد

بیمار دختری است ۲۲ ساله، ساکن یکی از روستاهای اطراف زنجان که در مردادماه سال ۱۳۸۸ به دلیل احساس

اکنوکوکوزیس دو فرم دارد. هیداتید یا بیماری کیستی تک‌حفره‌ای که توسط اکنوکوکوس گرانولوزوس ایجاد می‌شود و فرم دوم، بیماری کیستی آلوئولار که توسط اکنوکوکوس مولتی لوکولاریس ایجاد می‌گردد. گوسفند، بز، شتر و اسب میزبان مناسب برای انگل بوده و از آنجایی که انگل توسط سگان اهلی منتقل می‌گردد، بیماری هیداتید در سراسر جهان گسترش دارد. انسان از طریق خوردن تخم انگل قابل حیات در غذا مبتلا می‌شود. تخم انگل از طریق مدفوع سگ آلوده به کرم نواری در محیط پخش می‌شود. تخم‌ها پس از راهیابی به مجرای روده به صورت انکوسفر در آمده،

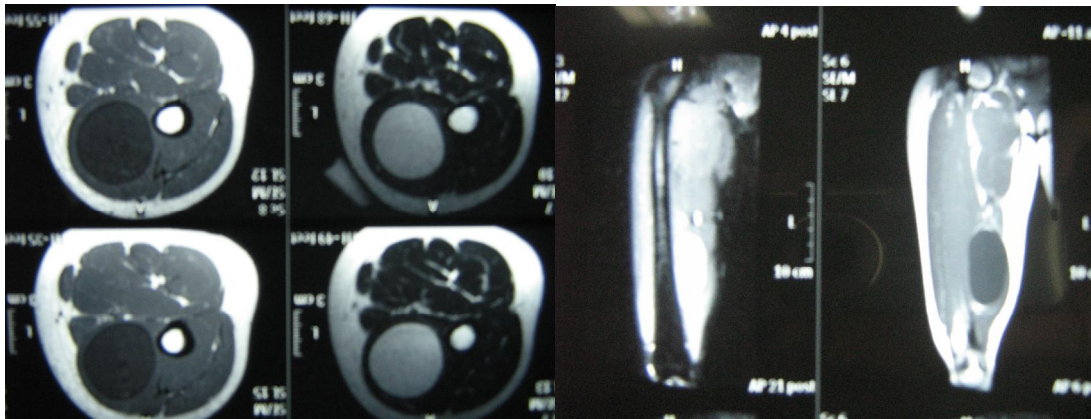
۱- متخصص ارتوپدی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- متخصص پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- متخصص پاتولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

بوده ولی در خانه از سگ اهلی نگهداری نمی‌کردند. در بررسی با MRI، توده‌ای به ابعاد $10 \times 5 \times 5$ سانتی‌متر مکعب، low signal در T_1 و high signal در T_2 و high signal در نمای STIR، در داخل عضله‌ی واستوس مدیالیس با حاشیه‌ی مشخص و بدون تهاجم به منطقه دیگر وجود داشت. در تشخیص مطرح شده در MRI، لیپوم رد شد ولی بررسی از لحاظ سایر موارد ضایعات فضا گیر توصیه شده بود.

توده در سمت داخل ران راست از ۳ سال پیش مراجعه نموده است. توده‌ی مذکور به ابعاد $10 \times 5 \times 5$ سانتی‌متر مکعب، غیر متحرک، غیر حساس و سفت بوده، در سه سال گذشته رشد تدریجی داشته است. علائم حیاتی و حال عمومی طبیعی بوده، هیچ علامت و نشانه‌ی بیماری چه در شرح حال و چه در معاینه سایر ارگان‌ها یافت نشد. بیماری یا توده‌ی مشابه در سایر افراد خانواده وجود نداشت. شغل پدر خانواده دامداری



تصویر ۳

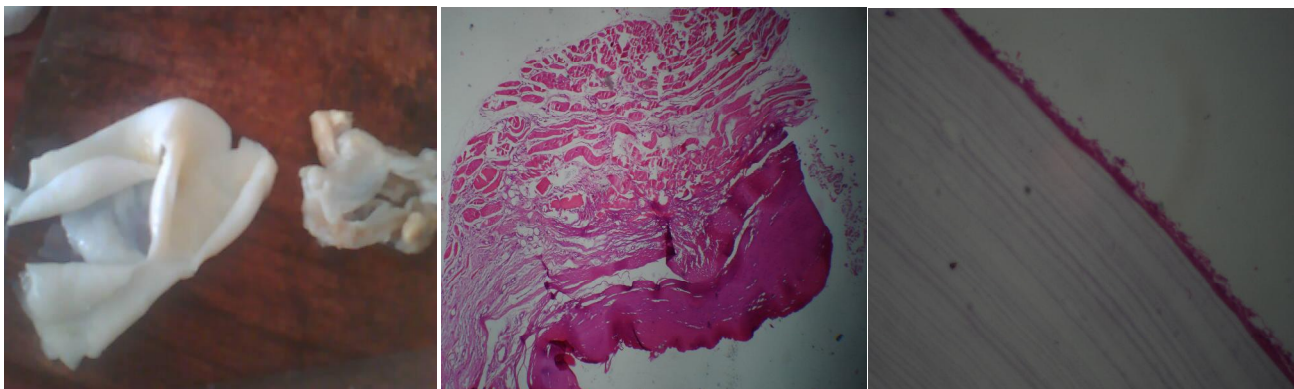
تصویر ۲

تصویر ۱

تصویر ۱ و ۲: مقاطع کرونال از توده‌ی مذکور به روش MRI و تصویر ۳: مقاطع اگزینال از توده مذکور به روش MRI.

محدوده نرمال بودند. بیمار با اطلاعات فوق جهت بررسی به اطاق عمل برده شد.

آزمایش شمارش خون طبیعی بود و اتوزینوفیلی وجود نداشت ESR و CRP در



تصویر ۶

تصویر ۵

تصویر ۴

تصویر ۴: نمای میکروسکوپی از توده‌ی مذکور شامل غلاف کیست و لایه‌ی ژرمینال، تصویر ۵: نمای میکروسکوپی از توده‌ی مذکور شامل سلول‌های عضلانی و غلاف کیست، تصویر ۶: نمای ماکروسکوپی از توده‌ی مذکور شامل غلاف کیست و لایه‌ی ژرمینال.

پرهیز از آسپیراسیون کیست و مراقبت حین جراحی اهمیت دارد زیرا پاره شدن کیست می‌تواند واکنش آنافلاکتیک ایجاد نموده، باعث آزاد شدن کیست‌های دختر و ابتلای نسوج دیگر شود. در شرح حال، ابتلای سایر افراد خانواده مانند وجود کیست در کبد یا ریه کمک‌کننده است که در این بیمار وجود نداشت. روستایی بودن و داشتن سگ باید مورد توجه قرار گیرد که در بیمار ما با وجود روستایی بودن از سگ اهلی نگهداری نمی‌شد. در بررسی آزمایشگاهی، بررسی سرولوژیک IgG کمک‌کننده بوده، ولی حساسیت آن در درگیری کبدی ۸۰ تا ۱۰۰ درصد، در ریه ۵۰ تا ۵۶ درصد و درگیری سایر ارگان‌ها ۲۵ تا ۵۶ درصد است (۱). در مورد حاضر تست سرولوژیک منفی بود.

در تصاویر MRI مایع کیست هیداتیک در نمای T₁ ایزویا هیپوایتنس و در نمای T₂ هیپرایتنس بود. در صورت وجود کیست‌های دختر، کیست مادر در نمای T₂ سیگنال بالاتری را نشان می‌دهد. بافت فیبروزی دور کیست خود را به صورت یک حاشیه‌ی Low Signal در نمای T₁ و T₂ نمایان ساخت (علامت حاشیه یا Rim Sign) (۷).

نتیجه‌گیری

بیماری کیست هیداتیک باید در تشخیص افتراقی توده‌های عضلانی به‌خصوص در بیماران روستایی کشورمان در نظر گرفته شد.

References

1- King CH, Cestodes (tape worms). In: Mandell GI, Bennet JE, Dolin R, eds. Principles and practice of infectious disease. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone Inc; 2005: 3290-3.

در حین جراحی پوست و زیر پوست، فاسیا و عضله‌ی استوس مدیالیس باز و کیستی با مایع شفاف بدون تهاجم به اطراف نمایان شد. توده خارج و جهت بررسی پاتولوژیک فرستاده شد. با توجه به ظاهر کیست، تشخیص کیست هیداتیک مطرح و احتیاط لازم جهت عدم پاره شدن کیست و ابتلای نسوج مجاور صورت گرفت. بعد از عمل قرص البندازول با دوز ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز به مدت یک‌ماه تجویز شد. سرولوژی کیست هیداتیک، سونوگرافی کبد و رادیوگرافی قفسه‌ی صدری درخواست شد که از لحاظ درگیری با کیست هیداتیک منفی بودند. در بررسی پاتولوژیک به عمل آمده تشخیص کیست هیداتیک تایید شد.

بحث

۵۰ الی ۷۰ درصد از کیست‌های هیداتید در کبد، ۲۰ الی ۳۰ درصد در ریه و ۱۰ درصد در سایر ارگان‌ها یافت می‌شوند. به لحاظ تئوری عضلات به دلیل انقباض و لاکتیک اسید بالا محل مناسبی جهت میزبانی کیست هیداتید به شمار نمی‌روند (۲). گزارشات معدودی از درگیری عضله توسط کیست هیداتید مانند قسمت داخلی ران وجود دارد. در یک بررسی انجام شده از ۲۷۲ مورد کیست هیداتیک، ران تنها در ۳۷ / ۰ درصد موارد درگیر شده بود (۳). بایرام و سیرکسی کیست هیداتیک اولیه‌ی عضلات ساعد (۴)، مرتضوی و همکاران کیست هیداتیک اولیه‌ی ران (۵) و ابواشی مورد مشابه را گزارش نموده‌اند (۶). تشخیص قبل از عمل به دلیل

2- Garcia-diez AI, Ros Mendoza LH, Villacampa VM, Cozar M, Fuertes MI. MRI evaluation of soft tissue hydatid disease. *Eur Radiol.* 2000; 10: 462-6.
 3- Sfiolas M, Misiakos EP, Kakisis J, Lambrou

P, Tsinari KK, Skalkeas G. Surgical treatment of human echinococcosis. *Int Surg.* 2000; 85: 358-65.

4- Bayram M, Sirkci A. Hydatid cyst located intermuscular area of the forearm: MR imaging findings. *Eur J Radiol.* 2000; 36: 130-2.

5- Mortazavi J, Motamedi M, Asadollahi S, Haeri

H, Moghtadaee M. Primary intermuscular hydatid cyst of the thigh. *orthopedics.* 2008; 31: 85.

6- Abu-Eshy S. Some rare presentation of hydatid cyst. *J R Coll Surg.* 1998; 43: 347-52.

7- Slovis T, Caffey S. pediatric diagnostic imaging. Philadelphia: Mosby; 2008.

Intramuscular Hydatid Cyst of the Thigh: A Case Presentation

Farzam R¹, Ghaempanah A², Feizy A³

¹Dept. of Orthopedics, Ayatollah Mosavi Hospital, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

²Dept. of Pathology, Ayatollah Mosavi Hospital, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

³Dept. of Pathology, Valieasr Hospital, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran

Corresponding Author: Farzam R, Dept. of Orthopedy, Ayatollah Mosavi Hospital, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran.

Email: Raminfarzam2007@yahoo.com

Received: 29 Nov 2009 **Accepted:** 22 Feb 2010

Every organ can be involved by hydatid disease. Liver and lung are the most common sites but muscles, due to high level of lactic acid and contractility, are among the rare areas involved by hydatid cysts.

In 2009, a 23 year old Zanzanian villager girl came to clinic because of having a mass at her right thigh from 3 years ago. Present and past medical history, blood count and serologic evaluation was negative for hydatosis, but MRI, diagnosis during the operation and eventually pathologic evaluation confirmed the diagnosis of hydatid cyst.

Hydatid disease should be considered in differential diagnosis of masses, involving the limbs, especially at endemic areas in order to prevent rupture of the cyst during operation which can cause anaphylaxis and involvement of other tissues.

Keywords: *Hydatid cyst, Thigh, MRI*