

مقایسه تشخیص اولیه و نهایی کیست هیداتید بیماران بستری در بخش جراحی

بیمارستان شهید بهشتی یاسوج ۸۰-۸۵

لیلا نیک روز*، مهین روزی طلب**، مرضیه حسینی**، محمد مهدی نقی زاده***، سمیه عظیمی****

چکیده:

زمینه و هدف: بیماری کیست هیداتید مهمترین بیماری انگلی در کشور ما محسوب می‌شود. کیست هیداتید بسته به محل درگیر دارای علائم بالینی متفاوت و غیراختصاصی می‌باشد که ممکن است تشخیص قطعی این بیماری را تا حدودی با مشکل مواجه سازد. با توجه به خسارت اقتصادی و انسانی قابل توجه، این مطالعه با هدف مقایسه تشخیص اولیه و نهایی کیست هیداتید بیماران بستری در بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی یاسوج در فاصله سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۰ انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر، روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت تمام شماری بوده است. اطلاعات موجود در پرونده کلیه بیماران موجود در بایگانی بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها یک چک لیست حاوی مشخصات دموگرافیک بیماران دارای تشخیص کیست هیداتید و همچنین سئوالاتی در مورد محل سکونت، علائم بالینی، تاریخ مراجعه، تاریخ ترخیص، طول مدت بستری، تشخیص اولیه، تست‌های مورد استفاده، نتیجه تست، محل درگیر و تشخیص نهایی بود. سپس اطلاعات حاصل با نرم افزار آماری SPSS آنالیز شد و نتایج با ارقام و اطلاعات کتب مرجع و تحقیقات سایر محققین مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: طی یک بررسی شش ساله در فاصله سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۵ تعداد چهل و شش مورد کیست هیداتید در بیمارستان بستری شده بودند. کاربردی‌ترین تست‌های تشخیصی در این مطالعه، سونوگرافی ۳۴ مورد (۹۴/۴۵ درصد) و سپس پانزده نفر (۴۱/۷ درصد) علاوه بر سونوگرافی، سی تی اسکن بوده است. حساسیت سونوگرافی برابر با ۸۴/۴ درصد بوده است. تشخیص اولیه در بیست و شش نفر (۵۶/۵ درصد) کیست هیداتید گزارش گردید. با استفاده از مداخلات تشخیصی مستند تشخیص قبل از عمل ۳۶ مورد (۸۰ درصد) بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه، توصیه می‌شود تجهیزات بیمارستانی، دانش و مهارت پرسنل در انجام فعالیت‌های تشخیصی و سایر علل احتمالی مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین تلاش در جهت استفاده بهینه از روش‌های تشخیصی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، کیست هیداتید

نویسنده پاسخگو: مهین روزی طلب

تلفن: ۰۷۴۱-۲۲۲۹۸۱۶

E-mail: roozitm@yahoo.com

* کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا

** کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

*** کارشناس ارشد آمار، دانشگاه علوم پزشکی فسا

**** کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید فقیهی شیراز

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۰۳/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۶/۰۵

زمینه و هدف

بنابراین با توجه به میزان بروز سالانه و موارد عود این بیماری در استان کهگیلویه و بویراحمد، همچنین عوارض جدی ناشی از عدم تشخیص صحیح، این مطالعه با هدف تعیین تشخیص اولیه و نهایی کیست هیداتید بیماران بستری در بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی یاسوج، در فاصله سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۵ انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی گذشته‌نگر می‌باشد که با هدف تعیین تشخیص اولیه و نهایی کیست هیداتید بیماران بستری در بخش جراحی بیمارستان شهید بهشتی یاسوج در فاصله سال‌های ۸۰-۸۵ انجام گرفته است. روش جمع‌آوری داده‌ها به صورت تمام شماری بوده است بدین صورت که پس از کسب اجازه از واحد ریاست بیمارستان شهید بهشتی یاسوج و با رعایت اصل محرمانه ماندن اطلاعات بیماران، پرونده کلیه بیماران پذیرش شده طی سال‌های مذکور که در بایگانی بیمارستان موجود بود به دقت مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها یک چک لیست حاوی مشخصات دموگرافیک بیماران دارای تشخیص کیست هیداتید و همچنین سوالاتی در مورد محل سکونت، علائم بالینی، تاریخ مراجعه، تاریخ ترخیص، طول مدت بستری، تشخیص اولیه، تست‌های مورد استفاده، نتیجه تست، محل درگیر و تشخیص نهایی بود. سپس اطلاعات حاصل در نرم‌افزار آماری SPSS ذخیره و جداول ترسیم و در نهایت با آزمون‌های آمار توصیفی این نتایج با ارقام و اطلاعات کتب مرجع و تحقیقات سایر محققین مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها

طی یک دوره بررسی ۶ ساله در فاصله سال‌های ۸۰-۱۳۸۵، تعداد ۴۶ مورد مبتلا به کیست هیداتید در بیمارستان بستری شده بودند. ۳۱ نفر (۶۴/۶ درصد) زن و بقیه مذکر بودند. شایعترین موارد آلودگی در ۲۰ نفر با گروه سنی ۳۰-۵۰ سال (۴۴/۲ درصد) بوده است. میانگین سن مبتلایان کیست هیداتید 44 ± 15 سال (با حداقل و حداکثر سن ۱۹ و ۷۶ سال) بود. از نظر محل سکونت ۳۰ نفر معادل ۶۳/۸ درصد بیماران ساکن شهر بودند.

علائم بالینی در بیماران مبتلا به کیست هیداتید شامل ۲۲ نفر (۷۳/۳ درصد) درد شکم، ۲ نفر (۳/۳ درصد) سرفه و درد

کیست هیداتید بیماری عفونی انگلی است و هنوز عامل مولد آن یعنی اکینوкокوس از رده سستودها به عنوان یک مشکل بهداشتی مطرح است.^۱ شیوع کیست هیداتید در بین جمعیت‌های انسانی تا ۱۰ درصد نیز گزارش شده است.^۲ یوسفی (۱۳۸۵) این بیماری را در ایران اندامیک معرفی کرده است.^۳ میرصمدی (۱۳۸۵) میزان شیوع آن را در ایران ۱-۲ درصد هزار اعلام کرد.^۴ نظر به اینکه کیست‌ها در نهایت می‌توانند در تمام مکان‌های آناتومیک جایگزین شوند، علائم بالینی بسیار متغیر بوده و فاقد مشخصات پاتوگنومیک می‌باشد.^۵ تظاهرات بالینی شدید و نادر ناشی از پارگی کیست می‌تواند به اشتباه تشخیصی جراح منجر گردد. مرگ ناگهانی نیز در بیماران مبتلا به پارگی کیست‌های کبدی با میزان بروز ۲۵ درصد گزارش شده است. اغلب چندین سال بعد از عمل جراحی کیست‌های اولیه، ممکن است عود بیماری اتفاق بیفتد.^{۶-۹} این بیماری به طور کلی بدون علامت است و به طور شایعتری در کنار دیگر بیماری‌ها تشخیص داده می‌شود. بر اساس برخی مطالعات، بیماری هیداتید دارای مشخصات واضح بالینی - رادیولوژی و طرح‌های درمانی نادر است.^{۱۰} در مطالعات سرولوژیک ممکن است تا ۵۰ درصد نتایج منفی کاذب وجود داشته باشد. در بررسی سونوگرافی، اکینوкокوس آلوئولار اغلب با هیپاتوما و سیروز اشتباه می‌شود.^{۱۱} بنابراین پزشکان در تشخیص قطعی این بیماری اغلب با مشکل مواجه می‌شوند. این بیماری در صورت عدم تشخیص و درمان همراه با عوارض متعددی می‌باشد. در مطالعه سوابنی و همکارانش (۲۰۰۱)، فیروز پرده جنب به علت تشخیص دیررس، در مطالعه قیدیریم و همکارانش (۲۰۰۶) پانکراتیت حاد به عنوان عوارض ناشی از این بیماری ذکر شده‌اند.^{۱۲،۱۱}

درمان عوارض ناشی از کیست هیداتید مستلزم به کارگیری نیروی انسانی، وقت و هزینه بیشتری می‌باشد و خطرات بیشتری را برای بیماران به دنبال دارد. از این رو تشخیص صحیح این بیماری جهت درمان و پیشگیری از بروز عوارض، اهمیت زیادی دارد.^{۱۳} بروز کیست هیداتید در استان کهگیلویه و بویراحمد به دلیل شرایط اقلیمی، زیست محیطی و رونق حرفه کشاورزی و دامداری نسبت به برخی مناطق کشور شایع تر است. بر اساس مطالعه سرکاری و همکارانش ۱۳۸۶ تعداد موارد جراحی شده کیست هیداتید در طی دوره ۱۰ ساله مورد مطالعه ۱۰۵ مورد بوده است. نیاز به جراحی مجدد ناشی از عود بیماری ۱۴/۳ درصد معادل ۱۵ مورد گزارش شده است.^{۱۴}

صحيح اين بيمارى جهت درمان و پيشگيرى از بروز عوارض اهميت بسزايى دارد.^{۱۲} در مطالعه حاضر، ۴۶ بيمار به علت كيسه هيداتيده مورد عمل جراحى قرار گرفته است. شهرستان بويراحمد با صد هزار جمعيت به لحاظ شرايط اقليمى و گسترده شغل دامدارى و نگهدارى سگ گله، منطقه بالقوه خطرناكى براى اين بيمارى مى باشد.

با توجه به اين احتمال كه ممكن است برخى از بيماران به علل مختلف، تحت درمان طبي قرار گرفته باشند، همچنين با در نظر گرفتن اين احتمال كه تعدادى از بيماران جهت درمان به بيمارستانهاى شهرهاى بزرگ مجاور مانند شيراز يا اصفهان مراجعه كرده باشند، بنا بر اين ميزان شيوع واقعى كيسه هيداتيده در منطقه، ممكن است فراتر از اين ميزان باشد.

در اين مطالعه بيشترين موارد ابتلا را زنان تشكيل مى دهند. اغلب مطالعات انجام شده در بزرگسالان، موارد جراحى شده كيسه هيداتيده كبد را در زنان نسبت به مردان بيشتر نشان داده است. در مطالعه ميرزانژاد اصل، شيوع كيسه هيداتيده از نظر سرولوژى در زنان (۱۰٪) بيشتر از مردان (۹/۷٪) بود.^{۱۶} به نظر مى رسد شرايط رشد انگل يا ميزان حساسيت جنس مؤنث، متفاوت از جنس مذكر باشد. آلودگى بيشتر در زنان اين منطقه مى تواند ناشى از تماس بيشتر خانمها به دليل نوع و روش زندگى و نوع فعاليت آنها در محيط خانه و بيرون خانه باشد. همچنين ممكن است تماس با سبزيجات و آلودگى دستها باعث بروز فراوانى بيشتر كيسه هيداتيده در خانمها باشد.

در مطالعه حاضر بيشترين درصد آلودگى سنى در دهه چهارم و پنجم بوده است. در مطالعه ميرزانژاد در اردبيل نيز بيشترين ميزان آلودگى در بين گروههاى سنى ۴۰ تا ۵۹ سال بوده است.^{۱۶} با توجه به بطئى بودن رشد كيسه هيداتيده در انسان، در بيشتر موارد افراد در سنين كودكى به انگل آلوده مى شوند و در سنين ميانسالى علائم بيمارى را با بزرگ شدن اندازه كيسه نشان مى دهند. لذا اكثر عفونتها در خلال دوران كودكى كسب مى شوند، لكن در آن زمان تشخيص داده نمى شوند.^{۱۵}

در اين مطالعه آلودگى در مناطق شهري بيشتر از مناطق روستايى بود (۶۳/۸ درصد) كه مشابه مطالعه جبريل در ليبيا^{۱۷} مى باشد. با توجه به روش انتقال كيسه هيداتيده به نظر مى رسد اين بيمارى در روستاها شيوع بيشترى داشته باشد. يكي از دلايل اين مسئله مى تواند ناشى از سبك زندگى افراد باشد.

سينه ۶ نفر (۲۰ درصد) تب و بي اشتهاى علاوه بر علائم ذكر شده بود. تشخيص كيسه هيداتيده كبد در ۱۶ نفر (۴۴/۴ درصد) توسط سونوگرافى، ۱۵ نفر (۴۱/۷ درصد) با سونوگرافى و سى تى اسكن، ۳ نفر (۳/۸ درصد) سونوگرافى و عكس قفسه سينه و در يك نفر (۲/۸ درصد) آزمایش سرولوژى انجام شده بود. شمارش سلولهاى خونی در ۱۲ نفر (۶۶/۱۵ درصد) طبيعى و فقط در شش نفر (۳۳/۵ درصد) تعداد گلبولهاى سفيد بيش از ۱۲ هزار بود. ميانگين و گلبولهاى سفيد خون بيماران مبتلا به كيسه هيداتيده 11477 ± 6618 (كمترين ميزان گلبولهاى سفيد خون ۴۵۰۰ و بيشترين ميزان گلبولهاى سفيد خون ۳۲۳۰۰) بود.

۳۹ نفر (۸۴/۸ درصد) مبتلا به كيسه هيداتيده كبد، دو نفر (۴/۳ درصد) مبتلا به كيسه هيداتيده ريه بودند و ۳ نفر (۶/۶ درصد) مبتلا به كيسه هيداتيده كلييه بودند. ۲ مورد ديگر (۴/۳ درصد) در ساير ارگانهاى بدن متمرکز بودند.

طول مدت بسترى در ۱۸ نفر (۴۳/۷ درصد) از بيماران بين ۵-۱۰ روز و در ۸ نفر (۱۷/۳ درصد) بيش از ۱۰ روز بوده است. كمترين مدت بسترى ۱ روز و بيشترين مدت ۱۷ روز بوده است. ميانگين و طول مدت بسترى بيماران 3 ± 6 روز بود. کاربردى ترين تستهاى تشخيصى در اين مطالعه سونوگرافى ۳۴ مورد (۹۴/۴۵ درصد) و سپس پانزده نفر (۴۱/۷ درصد) علاوه بر سونوگرافى، سى تى اسكن بوده است. حساسيت سونوگرافى برابر با ۸۴/۴ درصد بوده است. تشخيص اوليه در بيسست و شش نفر (۵۶/۵ درصد) كيسه هيداتيده گزارش گرديد. براى چهل و شش نفر (۱۰۰ درصد) بعد از عمل جراحى تشخيص قطعى كيسه هيداتيده مشخص گرديد و نتايج مطالعه بر اساس آزمونهاى آمار توصيفى نشان داد، با استفاده از مداخلات تشخيصى مستند، تشخيص قبل از عمل ۳۶ مورد معادل ۸۰ درصد موارد مشخص شده بودند.

بحث و نتيجه گيرى

كيسه هيداتيده بيمارى بومى در بسيارى از مناطق آسيا، اروپا، آمريكاى جنوبى و استراليا مى باشد. كشور ما در بين كشورهاي خاورميانه، شيوع بالايى از كيسه هيداتيده را دارا مى باشد به طوري كه اين بيمارى مهمترين بيمارى انگلى در كشور ما به حساب مى آيد.^{۱۵} اگر چه اين بيمارى قابل پيشگيرى است، ولى جراحان هر سال با تعداد زيادى موارد يا عوارض گوناگون كيسه هيداتيده مواجه مى شوند. تشخيص

آزمون تشخیصی برابر با ۸۴/۴ درصد بوده است که همراستا با مطالعه داوود آبادی (۹۸ درصد) و مطالعه امید (۹۵ درصد) بوده است.^{۲۳}

جدول ۱- توزیع بیماران با تشخیص کیست هیداتید بستری در بخش جراحی شهید بهشتی یاسوج بر حسب آزمون‌های تشخیصی در سال ۸۰-۱۳۸۵

درصد	فراوانی	آزمون‌های تشخیصی
۴۴/۴	۱۶	سونوگرافی
۲/۸	۱	سی تی اسکن
۴۱/۷	۱۵	سونوگرافی و سی تی اسکن
۲/۸	۱	سرولوژی
۸/۳	۳	سونوگرافی و عکس قفسه سینه
۱۰۰	۳۶	جمع

در مطالعه مهاجری در ۲۰ درصد موارد، گزارش منفی سونوگرافی منجر به تشخیص آپاندیسیت حاد شده بود، ولی در مجموع در ۸۷ درصد موارد سونوگرافی قادر به تشخیص صحیح آپاندیسیت و کوله سیستیت شده بود، لذا استفاده از سونوگرافی به عنوان یک ابزار توانمند تشخیصی در بیماران با شکم حاد توصیه می‌شود.^{۲۵} سونوگرافی یک وسیله با ارزش جهت تشخیص می‌باشد. ولی نوع آلوئولار کمتر نمای کیستیک دارد و بیشتر شبیه تومور توپر منتشر می‌باشد که در این موارد سی تی اسکن ارجح است.^{۱۸}

اکثر مطالعات قدرت تشخیصی سی تی اسکن در تشخیص کیست هیداتید را ۱۰۰ درصد گزارش کرده‌اند. بررسی توسط سی تی اسکن در صورتی درخواست می‌شود که سونوگرافیست آن را توصیه کند.^{۲۶}

در مطالعه مشک‌گو بررسی‌های رادیولوژی از تست‌های سرولوژی حساس تر گزارش شده است.^{۲۷} ولی در مطالعه‌ای که سیلوچ بر روی ۱۳۰۰۰ فرد مبتلا به کیست هیداتید جراحی شده انجام داد، مشخص گردید که تست الیزا و هم‌گلو تیناسیون غیرمستقیم در تشخیص اولیه و عود بیماری قابل اعتمادترین تست‌های سرولوژی می‌باشد.^{۲۸} تست الیزای نقطه‌ای نیز نسبت به سایر روش‌های سرولوژی دارای حساسیت و ویژگی بالاتری است. به طوری که مطالعه سلامی تست الیزای نقطه‌ای را به عنوان یک تست ارزان، دقیق، سریع با حساسیت ۱۰۰ برای تشخیص کسیت هیداتید در انسانی توصیه می‌کنند.^{۲۹}

زیرا اغلب افراد ساکن در روستا به دلیل شغل کشاورزی و دامداری خود، اقدام به نگهداری سگ در محل زندگی خود کرده و در نتیجه شانس آلودگی محیط و ابتلاء افراد افزایش می‌یابد.

گر چه کیست می‌تواند در هر کجای بدن از جمله طحال، استخوان، قلب، مغز و ... یافت گردد، ولی نتایج این مطالعه همراستا با سایر مطالعات نشان داد که کیست هیداتید بزرگسالان بیشتر در کبد بروز می‌کند.^{۱۹} در مطالعه عمید و مطالعه پورنگ، شایعترین محل ابتلا به کیست هیداتید، در ریه کودکان گزارش شده است.^{۲۰} کیست هیداتید کبدی نسبت به کیست هیداتید ریوی در سنین پایین فاقد علائم بالینی است و بیشتر در بزرگسالی تشخیص داده می‌شود.

در مطالعه حاضر در بیماران مورد مطالعه، درد شکم به عنوان شایعترین علامت بالینی کیست هیداتید کبد بوده است که مشابه با یافته‌های دیگر مطالعات می‌باشد. با توجه به اینکه در صورت درگیری کبد، تابلوی مراجعه بیمار ممکن است درد شکم به همراه هیپاتومگالی، اتساع شکم و استفراغ باشد^{۱۸} و با توجه به اینکه در این مطالعه بیشترین محل درگیر، کبد ذکر شده است، لذا انتظار می‌رود که شایعترین علامت نیز درد شکمی باشد.

مدت بستری در این مطالعه بین ۱-۱۷ روز بود و در اکثر موارد (۸۳ درصد) مدت زمان بستری کمتر از ۱۰ روز بوده است. در مطالعه میرشمیرانی نیز میانگین طول مدت بستری ۹ روز گزارش شده است.^{۲۲} ولی در مطالعه پورنگ، مدت بستری کودکان مبتلا ۱۰-۶۵ روز بوده است.^{۳۱} علت اختلاف در این دو مطالعه که بر روی کودکان انجام گرفته است، احتمالاً ناشی از تفاوت در زمان انجام مطالعه باشد. چرا که مطالعه پورنگ در فاصله سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۷۲ و مطالعه میرشمیرانی در فاصله سال‌های ۱۳۶۶ لغایت ۱۳۸۶ بوده است. به نظر می‌رسد که با پیشرفت روش‌های علمی تر در تشخیص - درمان و مراقبت، مدت زمان بستری کاهش یافته باشد.

کاربردترین تست‌های تشخیصی در ۳۴ مورد (۹۴/۴۵ درصد) سونوگرافی، در پانزده نفر (۴۱/۷ درصد) سونوگرافی به همراه سی تی اسکن بوده است. نتایج این مطالعه در خصوص انجام سی تی اسکن و سونوگرافی به عنوان شایعترین روش کاربردی در تشخیص کیست هیداتید شکمی، با نتایج داوود آبادی هم جهت می‌باشد.^{۲۳} با توجه به جدول ۱ میزان موارد شناسایی شده کیست هیداتید در این مطالعه توسط سونوگرافی ۳۴ مورد (۹۴/۴۵ درصد) بوده است. حساسیت این

سونوگرافی و گرافی ساده قفسه صدری جهت تشخیص، در این مطالعه در ۳ مورد (۸/۳ درصد) انجام گرفته بود. در مطالعه سکوتی میزان حساسیت رادیوگرافی ساده قفسه سینه در بیماران با کیست ریوی عارضه‌دار ۷۳ درصد و در گروه بدون عارضه ۷۸ درصد بوده است.^{۳۱}

علیرغم وجود محدودیت‌هایی مانند اطلاعات ناقص پرونده‌ای و عدم امکان سنجش اعتبار و اعتماد فرم ثبت اطلاعات مورد استفاده، نتیجه کلی پژوهش نشان داد که تشخیص این بیماری با توجه به شرح حال و علائم بالینی در حد مطلوب بوده و هم‌راستا با سایر مطالعات می‌باشد، ولی در سطوح آزمایشات پاراکلینیکی مانند سونوگرافی و غیره نیاز به بررسی‌های بیشتر وجود دارد. در مواردی که تشخیص کیست هیداتید با شواهد بالینی و پاراکلینیکی میسر نباشد، توجه به موقعیت جغرافیایی و اپیدمیولوژی بیماری در منطقه کمک‌کننده است.

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، مسول محترم بیمارستان شهید بهشتی و سرپرستار بخش جراحی، مسول بایگانی پرونده‌ها و تمام کسانی که به نوعی در اجرای این طرح ما را یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

حساسیت تشخیصی دات الیزا در مطالعه قربان خانی به روش کارآزمایی بالینی برای هر سه مورد کیست هیداتید کبدی، ریوی و همزمان ۱۰۰ درصد گزارش شد.^{۳۰}

با توجه به نتایج مطالعات ذکر شده به نظر می‌رسد علیرغم قدرت تشخیصی بالا مربوط به تست‌های سرولوژیک، در این مطالعه به میزان ناچیزی از تست‌های سرولوژیک استفاده شده است. شاید به دلیل پیگیری تشخیص‌های افتراقی و اطلاع از وضعیت قرارگیری کیست، پزشکان بررسی سونوگرافی را به تست‌های سرولوژی ترجیح می‌دهند. عدم انجام آزمایش الیزای نقطه‌ای در شهر یاسوج و ارجاع نمونه‌ها به دیگر شهرها مانند شیراز از دیگر دلایل استفاده ناچیز پزشکان از تست‌های سرولوژیک می‌باشد. از نظر هزینه و زمان انجام و منابع مورد نیاز تست الیزای نقطه‌ای قابل مقایسه با سایر آزمایشات نبوده به طوری که هزینه انجام سونوگرافی چندین برابر تست الیزای نقطه‌ای است و انجام سی‌تی اسکن تقریباً ۳ برابر سونوگرافی می‌باشد. با توجه به تفاوت هزینه‌ها توصیه می‌شود در مراحل اولیه تشخیص بیماری از تست الیزای نقطه‌ای بیشتر استفاده شود.

در مورد کیست هیداتید ریه، گرافی قفسه صدری شایعترین روش استفاده بوده است. در این مطالعه شیوع کیست هیداتید ریه ۴/۴ درصد گزارش شد. بررسی توسط

Abstract:

Comparison of Initial and Final Diagnosis of Hydatid Cysts in Patients Hospitalized at Shahid Beheshti Hospital during the Years 2001-2006

Nikrooz L. ^{*}, *Roozitalab M.* ^{**}, *Hossaini M.* ^{**}, *Naghizadeh M. M.* ^{***}, *Azimi S.* ^{****}

(Received: 13 June 2010 Accepted: 27 Aug 2011)

Introduction & Objective: Considering the appreciable human and economic damage done by this disease, this study was undertaken at Shahid Beheshti hospital, during 2001-2006, to compare initial and final diagnosis of hydatid cysts patients hospitalized there.

Materials & Methods: This study was descriptive and retrospective. Data collection of all available data present in the characteristics, clinical symptoms, site of involvement, duration of hospitalization, primary diagnosis, tests used, test results and final diagnosis of hydatid cyst patients. Then the data were analyzed with SPSS software was compared with reference books and other researchers' results.

Results: During a six-year study during the years 2001-2006 the forty-six patients of hydatid cyst were hospitalized. The most useful diagnostic test was ultrasound in thirty four patients (94.45%) and ultrasound plus CT scan in 15 patients (41.7%) sonographic sensitivity was 84.4%. Primary diagnosis was reported in twenty-six patients (56.5 percent) to be hydatid cysts. Using diagnostic interventions, documented preoperative diagnosis was of 36 cases (80%) respectively.

Conclusions: Considering the findings of this study, it is recommended that the hospital equipment, the knowledge and skill of hospital personnel and diagnostic activities and other possible cases should be evaluated, and there should be an effort to make use of diagnostic in an optimum way.

Key Words: Initial Diagnosis, Final Diagnosis, Hydatid Cyst

* *MSc, Medical Surgical Nursing. Faculty of Member, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran*

** *MSc, Medical Surgical Nursing. Faculty of member, Yasouj University of Medical Science, Yasouj, Iran*

*** *MSc in Biostatistics, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran*

**** *BS in Nursing, Shahid Faghihi Hospital of Shiraz, Shiraz, Iran*

References:

1. Ulku R, Onen A, Onat S. Surgical treatment of pulmonary hydatid cyst in children: report of 66 cases. *Euro j pediatric surg* 2004; 14(4): 255-6.
2. Neamatollahi A, Mohebal R, Moghadam A. Seroepidemiological Study of Hydatid Cyst by indirect immunofluorescent Method in Northwest Iran. *Specialized Veterinary Journal of Tabriz Azad Islamic University* 2007; 1(1): [Article in Persian].
3. Yousofi H, Karimi Kh M, Avijegan M. Seroepidemiology of Hydatid cyst in Chaharmahal and Bakhtiari province, Iran, 2000. *Shahrekord University of Medical Sciences and Health Services Journal* 2001; 3(3): 64-60. [Article in Persian].
4. Mir Samadi N, M, Aalizadeh S, Seif farshad M, GHaneie mohammadi A. Serological survey of, Azarbaijan province, northwest of Iran. *National Congress on hydatid cyst. yasuj, Iran. Quarterly Journal of Yasuj University of medical sciences volume 12/supplement 1/spring 2007.* [Article in Persian].
5. Sayak I, Onat D. Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. *World J Surg* 2001; 25: 164-7.
6. Kurt N, Oncel M, Gulmez S, Ozkan Z, Uzun H. Spontaneous and traumatic intra-peritoneal perforation of hepatic hydatid cysts: a caseseries. *J Gastrointest Surg* 2003; 7(5): 635-41.
7. Beyrouti MI, Beyrouti R, Abbes I. Acuterepture of hydatid cysts in the peritoneum: 17cases. *Press Med* 2004; 33: 378-84.
8. Velitchkov NG, Losannoff JE, Kjossev KT, Mironor MB. Life-threatening traumatic rupture of a liver hydatid cyst. *Eur J Emerg Med* 2001; 8(3): 225-28.
9. Sozuer EM, Ok E, Arslan M. Theperforation problem in hydatid disease. *Am J Top Med Hyg* 2002; 66: 575-77.
10. Mayoussi C, El Mesnaoui A, Lekehal B, Sefiani Y, Benosman A, Bensaid Y. Arterial complication of hydatid disease. *Mal Vasc* 2002; 27(2): 100-4.
11. Souabny A, Aichane A, Trombati N, Afif H, Ridai M, Bahlaoui A, and et al. Serous fibrinouse pleurisy disclosing hydatid cyst of the liver fistulizing into the pleure. *Rev Pneumol Clin.* 2001 Dec; 57(6): 438-41 [Article in French].
12. Ghidirim G, Mişin I, Guţu E, Gagauz I, Danci A, Vozian M and et all. rupture of the hydatid cyst complicated with acute pancreatitis. *Chirurgia Bucur.* 2006; 101(4): 429-32. [Article in Romanian].
13. Battyany I. successful precut aneose drainage of a giant hydatid cyst in the liver. *world J Gastroentero.* 2006; 12(5): 812-814.
14. Sarkari B, Naghmachi M, Azimi S, Vaezi M, Ebrahimi S. Human Cystic Echinococcosis in Yasuj: A Survey of Ten Year Hospital Records Armaghane-danesh, *Journal of Yasuj University of Medical Sciences* 2007; 3(12): 127-134. [Article in Persian].
15. Sadjjadi SM. Present situation of echinococcosis in the Middle East and Arabic North Africa. *Parasitol Int.* 2006; 55: 197-202.
16. Mirzanejad-H, Fasihi harandi M. Seroepidemiological Survey of Human Cystic Echinococcosis with ELISA Method in Moghan Plain, Ardabil Province. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2008; 9(4): 344-346. [Article in Persian].
17. Gebreel AO, Gilles HM. Studies on the seroepidemiology of endemic disease Libya. *Ann trop Med parasitol* 1983; 77: 391-397.
18. Blanton R. Echino coccusis. In: Behrman, Kliegman, Janson; *Nelson Textbook of Pediatrics.* 17th ed. Philadelphia, Saunders. 2004 Pp: 1173-4.
19. Krotoski MC. *Medical Parastiology.* 8ed. Philadelphia, Sanunders. 1999 Pp: 252-61.
20. Amid MH. Surveying the Hydatid cyst in children. *Mofid and Taleghani Hospitals, 1989-1995 PQR Journal* 2001; 21(6): 107-101.
21. Porang H. Surgical hydatid cysts in children. *J MCI Republic of Iran* 1996; 14(1-2): 22-26. [Article in Persian].
22. Mirshemirany AR, Purang H, Ruzrokh M, Naser S, Kvranyl J., Mansour Mlayyan. Subsequent clinical hydatid cyst surgery centers in four children in Tehran. *J Surg* 2008; 16(2): 36-43.
23. Davood Abadi AH, Abdorrahim Kashi E, Khalifeh Soltani SA, Rafiei MR, Sistani M. A clinical survey, diagnostic method, treatment and follow-up of Hydatid disease in Khashan during 1996-2005. *Feyz J. of Khashan Med Scie* 2005; 35: 39-43. [Article in Persian].
24. Omid B, Sadeghi M. Diagnostic value of ultrasonography in the diagnosis of hydatid cyst in the patient admitted in khatamol anbia hospital at Zahedan (1368-1378). (Dissertation). Zahedan University of Medical Sciences. [Article in Persian].
25. Mohajery S, Dadjoe Gh, Beigzadeh M, Rezaiegholechi A. Comparison abdominal ultrasound of findings with intraoperative findings in patients with acute abdomen. *Iran J Surg* 2009; 16(4): 29-34. [Article in Persian].
26. Alizadeh S, Kalantari M, Khadija A. A case report of intraperitoneal rupture of hepatic hydatid cyst following an accident. *Journal of Medical Sciences University* 2009; 12(1): 111-115. [Article in Persian].
27. Moshkgoon M, Taghipour M, Shams Akhtari A. reported cases of a primary mediastinal hydatid cyst. *Journal of Iran University Medical Sciences* 2007; 13(53): 177-183. [Article in Persian].
28. Cileuch MLU, vilevich mlu, cxfminionova v. laboratory and instrumental diagnosis of echinococcosis

- during mass screening and surgical treatment. *Russian khirurgiia* 1990; (6): 1109-1112.
29. Salame SH, Daelamiasl A, Mardani R. commissioning and evaluation of enzyme immunoassay test point for diagnosis of human Hydaty. *Daneshvar, Shahed University Journal* 1378; 6(24): pp 42-37.
30. Ghorbankhani D, Abdolhossein D. evaluation methods power point enzyme immunoassay (Dot-ELISA), indirect immunofluorescence (IFS) and indirect Hemagglutination (IHA) in diagnosis of hydatid cyst of liver and lung human. *Feyz Journal of Khashan University of Medical Sciences* 1379; 4 (13): 42-36. [Article in Persian].
31. Sokoti M, Montazeri V, Shakouri P, Adhami A, saedi A. limited diagnostic chest radiograph in hydatid cyst. *Journal of Medical and Health Services, Tabriz*, 1382; No. 60: 27-24. [Article in Persian].