

گزارش یک مورد کیست هیداتیک زیر بغل

دکتر خلیل رستمی^۱

چکیده

کیست هیداتیک توسط کرم اکینوکوکوس بوجود می آید و هر جایی از بدن را می تواند درگیر نماید و گاهی در محل های نادر و غیر معمول مثل تیروئید، پستان، حفره زیر بغل و... تظاهر می کند ممکن است به عنوان یک آدنوپاتی یا توده (جهت رد متاستاز) بیوپسی انجام گیرد که خطر نشت و آنافیلاکسی یا عود آن وجود دارد. مورد گزارش خانم ۳۹ ساله با توده زیر بغلی بدون درد و علائم التهابی از ۱۹ سال پیش با رشد تدریجی و سابقه سل و درمان آن از همان سال مراجعه کرده بود یافته های آزمایشی بجز تست سرولوژیکی IHA ($\frac{1}{256}$ مثبت) طبیعی بود. درسونوگرافی بعمل آمده توده کیستیک زیر بغل با ابعاد ۸*۱۵ سانتی متری حفره های متعدد با کناره های صاف گزارش شد. رادیوگرافی سینه و سی تی اسکن مغز، سینه و شکم طبیعی گزارش شد و بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت. کیست هیداتیک تایید شده و بعد از ۱/۵ سال پیگیری عود نداشت.

واژه های کلیدی: کیست هیداتیک، اکینوکوکوس گرانولوزوس، توده زیر بغل

مقدمه

کیست هیداتیک در اثر مرحله لاروی کرم پهن اکینوکوکوس گرانولوزوس سگ سانان، که کیست های بافتی در سرتاسر بدن تولید می کند بوجود می آید. این بیماری در مکان هایی که گوسفند و گاو پرورش می یابد بصورت بومی وجود دارد [۱]. میزان بروز کیست هیداتیک زیر بغل خیلی نادر است و طبق بررسی های بعمل آمده مواردی از این بیماری در کتاب های درسی گزارش نشده است [۲-۵].

موردی که گزارش می گردد باعلایم بالینی کیست هیداتیک سازگار و با انجام سونوگرافی و تست سرولوژیکی IHA (Indirect Hemagglutination) مورد تأیید قرار گرفته است.

شرح حال بیمار

خانم ص - ف ۳۹ ساله اهل و ساکن اردبیل در تاریخ ۱۳۸۰/۳/۲۱ بعلت درد شکم به مطب مراجعه کرده بود که بنابه اظهار خود بیمار درد از ۲/۵ ماه پیش شروع شده و همراه بایک توده بزرگ زیر بغل و نیز توده های در قسمت خارجی حفره بالای استخوان چنبری سمت چپ بوده است. این توده بزرگ زیر بغل را از حدود ۱۹ سال پیش ذکر می کرد که بتدریج بزرگ شده و بیشترین رشد را در طول ۲ سال اخیر داشته است در سابقه شخصی بیماری سل ریوی را یادآور شد که حدود ۱۹ سال پیش به مدت ۴/۵ ماه در یکی از مراکز درمانی سل در تهران (دارآباد) بستری شده و تحت

۱- استادیار جراحی عمومی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

درمان داروهای ضد سل بمدت ۸ ماه قرار گرفته و بهبودی کامل یافته است.

در معاینات فیزیکی علایم حیاتی شامل فشار خون ۱۴۰/۹۰، تعداد نبض ۸۸ در دقیقه، تعداد تنفس ۱۴ در دقیقه، درجه حرارت $37.2^{\circ}C$ بود و در معاینه سر و گردن توده‌ای به ابعاد $7*15$ cm در قسمت خارجی حفره بالای چنبری سمت چپ وجود داشت (لیپوم) و در معاینه ناحیه زیر بغل توده نسبتاً متحرک به ابعاد $8*15$ cm در عمق حفره زیر بغل سمت راست که در لمس فشاری مختصری حساس با قوام نسبتاً سفت و بدون علایم التهابی وجود داشت، قلب و ریه طبیعی بود و شکم بدون حساسیت و فاقد بزرگی کبد و طحال بود. در بررسی‌های پاراکلینیکی یافته‌های آزمایشگاهی شامل:

WBC:6500 Hb: 13.5gr HCT: 41
CRP:+ ESR:10
U/A نرمال بود و تست سرولوژیک IHA¹ از نظر کیست هیداتیک $\frac{1}{256}$ مثبت گزارش شد (مقدار نرمال تا $\frac{1}{32}$) و سایر تست‌های تشخیصی سرولوژیک (تست کازونی^۲، IEFT^۳، Elisa^۴، CFT^۵) انجام نشده است در رادیوگرافی سینه، قلب، ریه، مدیاستن طبیعی و افزایش مختصری در وضعیت برونکواسکولار هر دو طرف ریه گزارش شد و سونوگرافی ناحیه زیر بغل تصویر توده کیستیک چند حفره‌ای (با بخش اعظم کیستیک و نواحی سولید حد واسط) به ابعاد $8*15$ cm با حدود نسبتاً مشخص از بافت‌های اطراف گزارش شد و برای بیمار توده‌های کیستیک عضلانی، آدنوپاتی بزرگ با نواحی نکروزه و یا احتمال کیست هیداتیک در تشخیص افتراقی مطرح شد. سونوگرافی کبد، مجاری صفراوی و طحال جهت احتمال وجود کیست هیداتیک طبیعی بود و در سی تی اسکن سینه، شکم، مغز، مدیاستن، ریه‌ها، کبد، طحال و حفره شکمی طبیعی بود و آنالیز خطی در قاعده ریه راست گزارش گردید.

با توجه به یافته‌های سونوگرافیک و تست سرولوژیک IHA مثبت بیمار با تشخیص کیست هیداتیک زیر بغل جهت عمل جراحی بستری و تحت عمل جراحی قرار گرفت. با انسزبون عرضی 10 cm در حفره زیر بغل، پوست و زیر جلد باز شد. توده بزرگ $10*17$ cm تا عمق حفره زیر بغل ادامه داشت و شدیداً به بافت‌های اطراف بخصوص جدار قفسه سینه و عروق زیر بغل چسبندگی داشت که بعد از حفاظت از بافت‌های اطراف کیست با گاز آغشته به نیترات دارژان 0.5% عمل جداسازی انجام گرفت و کیست از بافت‌های اطراف، عضلات جدار سینه و عروق زیر بغل آزاد شد. بدلیل چسبندگی شدید به عروق و احتمال پارگی آن ابتدا داخل کیست با آنژیوکت ۱۶ تخلیه شد سپس داخل کیست نیترات دارژان تزریق شد و بعد از ۵ دقیقه کیست باز شده و مایع و کیست‌های دختر تخلیه گردید و سپس لایه‌های داخلی کیست هیداتیک (Layer Laminated) برداشته شد. داخل کیست بعد از تخلیه کیست‌های دختر مجدداً با نیترات دارژان بمدت ۳ دقیقه پر شد و سپس ساکشن گردید و جدار خارجی کیست نیز برداشته شد. محل عمل با نرمال سالین شستشو و حفره زیر بغل ترمیم شد و درن داخل حفره جهت تخلیه سروما یا هماتوم گذاشته شد. تشخیص حین عمل کیست هیداتیک از نوع گرانولوزوس بود در جواب پاتولوژی نیز کیست هیداتیک گزارش گردید. بیمار بعد از ۲۴ ساعت بستری از بیمارستان مرخص گردید و در پیگیری ۱/۵ ساله بعد از عمل عودى نداشت.

بحث

در بررسی مقالات چاپ شده از سال ۱۹۹۰ تا پایان سال ۲۰۰۲ موارد نادری از کیست هیداتیک در محل‌های غیر شایع و نادر مثل پانکراس، قلب، کره چشم،

1 - Indirect Hemagglutination
2 - Casoni test
3 - Immuolectrophoresis test

4 - Enzyme Linked immunosorbant assay
5 - Complement fixation test

۷- استخوان‌ها ۹-۱٪

۸- سایر (تیروئید، پستان، عضلات و...) ۹-۷/۰٪
گفته می‌شود که کیست هیداتیک یک بیماری عفونی سیستمیک است و هر جایی از بدن را می‌تواند درگیر نماید.

اکثر کیست‌های هیداتیک بدون علامت هستند و در صورت علامت‌دار شدن بصورت توده، علایم فشاری به ساختمانهای مجاور، پارگی و عفونت، شوک آنافیلاکسی و علایم آلرژیک و یابصورت درد و شکستگی‌های پاتولوژیکی استخوان تظاهر می‌یابند.

سابقه تماس با سگ و سایر حیوانات خانگی بخصوص در مناطق آلوده، علایم بالینی و رادیولوژیک، یافته‌های سونوگرافیک مشخص، سیتی‌اسکن با دیدن کیست در ارگان‌های بدن و استفاده از تست‌های سرولوژیک (IHA, CFT, Elisa, IEFT) جهت تأیید تشخیص می‌توانند کمک‌کننده باشند. تشخیص قطعی با دیدن اسکولکس می‌باشد که همزمان یا پس از خارج کردن کیست امکان‌پذیر است.

بهترین درمان کیست هیداتیک جراحی است و در مواردیکه بیماری هیداتید منتشر یا گرفتاری همزمان ریه و کبد، کیست‌های کبدی غیرقابل دسترس، متعدد و عودکننده، پارگی داخل سینه‌ای یا داخل صفاقی خودبخودی، آلودگی تصادفی با محتویات کیست در طی عمل جراحی و یا در صورت وجود کنتراندیکاسیون عمل جراحی بدلیل بیماریهای زمینه‌ای درمان دارویی اندیکاسیون پیدا می‌کند.

جهت درمان دارویی از میندازول با دوز ۶۰mg/kg/day بمدت ۶ تا ۲۴ ماه استفاده می‌شود از عوارض مهم آن گرآنولوسیتوپنی، نوروتوکسیسیتی، زخم‌های گوارشی و اختلال عملکرد کبدی می‌باشد. از آلبندازول نیز با دوز ۱۰mg/kg/day بمدت ۶ ماه که همراه با عوارض جانبی کمتر و خفیف‌تر نسبت به میندازول است می‌توان

آدرنال، آئورت، وزیکول سمینال، طناب نخاعی، دیافراگم گزارش شده است ولی کیست هیداتیک زیر بغل (غدد لنفاوی یا نسوج نرم‌آن) گزارش نگردیده است [۱۳-۶].

در بررسی مقالات و کتاب‌های چاپ شده در ایران فقط یک مورد کیست هیداتیک زیر بغل (عقده لنفاوی زیر بغل) در سال ۱۹۵۶ نزد یک دختر ۱۸ ساله که در شهر بیروت لبنان تحت عمل جراحی قرار گرفته است، گزارش شده است [۱۴].

کیست هیداتیک بوسیله کرم اکینوкокوس بوجود می‌آید که از کرم‌های پهن از دسته سستودها و در خانواده تیاها قرار دارد و به دو دسته عمده تقسیم می‌شوند: اکینوкокوس گرآنولوزوس، اکینوкокوس مولتی لوکولاریس.

در نوع اکینوкокوس مولتی لوکولاریس میزبان اصلی سگ، روباه و میزبان واسطه انواعی از موش‌ها می‌باشند و انسان نیز ندرتاً می‌تواند میزبان واسط باشد و معمولاً در جنگل‌بانان و شکارچیان دیده می‌شود و کیست‌های وزیکولر در کبد، ریه و مغز میزبان واسط ایجاد می‌کند. تهاجم عروقی و لنفاوی آن زیاد است و تابلوی سرطان‌های انتشاری کبدی یا ریوی را تقلید می‌کند و از نظر شیوع نیز نادر است. در نوع اکینوкокوس گرآنولوزوس میزبان اصلی سگ و سگ‌سانان است و انسان میزبان واسط اتفاقی می‌باشد احتمال جایگزینی کیست در قسمت‌های مختلف بدن انسان به شرح زیر است:

۱- کبد ۷۶-۵۷٪

۲- ریه ۱۴-۳٪

۳- صفاق و مزانتر روده ۱۸-۱/۳٪

۴- طحال ۸/۲٪

۵- مغز ۲-۱٪

۶- کلیه‌ها ۶-۱/۶٪

- 4 - Stephen A. Barnes, Keith D. Lillemoe Maingot's abdominal operations vol 2: 10th ed. stamford, simon and schuster co. 1997: 1534-44.
- 5 -Saidi F. Hydatid disease. 2th ed England: Saunders Co; 1976 : 3-10
- 6- Bastounis E, Pikoulis E, Leppaniemi A, Cyrochristos D. Hydatid disease. A rare cause of adrenal cyst: Am surg 1996 May; 62(5): 383-5.
- 7-Arnaud A, Sarles JC, Belkhodja C, Larabi B. Hydatid cyst of the pancreas. Apropos of 2 cases: J Chirgie Paris 1991;117(8) : 607-11.
- 8- Sinav S , Demirci A , Sinav B , Oge F, Sullu Y, Kandemir B. A primary intra ocular hydatid cyst. Acta ophthalmol 1991 Dec; 69(6): 802 - 4.
- 9-Kuyumcuoglu U, Erol D, Germiyanoglu C, Baltaci L. Hydaid cyst of the seminal vesicle. int urol Nephrol 1991;23(5): 479 - 83.
- 10-Hendaoui L, Siala M, Fourati A, Thameur MH, Hamza R. Case report: Hydatid cyst of the aorta.Clin Radiol 1991Jun; 43(6) 423-5.
- 11 -Akhan O, Dincer A, Saatci I, Gulekon N, Besim A. Spinal intradural hydatid cyst in a child. Br J Radiol 1991 May; 64(761): 465-6.
- 12-De vega DS , Vazquez E , Calvo E, Tamames S.Hydatid cyst of the diaphragm. Apropos of case. J chir Paris 1991 Feb; 128(2):76-8.
- 13-Lerner SF, Gomez Morales A , Croxatto JO. Hydatid cyst of the orbit. Arch ophthalmol 1991 Feb; 109(2): 285.
- ۱۴- عزیزی راد، هیداتیدوز، چاپ اول، تهران، انتشارات

دانشگاه تهران، ۱۳۴۶، صفحه ۲۳۵.

استفاده کرد[۴]. میزان موفقیت درمان با مبندازول ۳۰٪ و با آلبندازول ۴۰٪ می باشد که میزان موفقیت در کیست های ریوی بیشتر است.

بدلیل نادر بودن کیست هیداتیک زیر بغل و با توجه به اینکه اکثر توده های زیر بغل ناشی از آدنوپاتی یا متاستاز به عقده لنفاوی زیر بغل می باشد و بعنوان یک توده جهت تشخیص پاتولوژیکی، به منظور رد یا تأیید بدخیمی (متاستاز) بخصوص در خانمها تحت بیوپسی با سوزن یا بیوپسی اکسزیونال یا انسزیونال قرار می گیرد. ممکن است عوارض ناخواسته ای مثل شوک آنافیلاکسی یا عود و پخش آن اتفاق بیافتد لازم است در مناطق آندمیک وجود کیست هیداتیک در محل های غیر شایع مثل تیروئید، پستان، عضلات و بافت نرم زیر بغل را در نظر داشت و در صورت شک بالینی جهت تأیید یا رد تشخیص، از سونوگرافی و تست های تشخیصی لازم استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از جناب آقای دکتر علی مجیدپور متخصص محترم بیماریهای عفونی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که با ارایه رهنمودهای لازم ما را یاری دادند.

منابع

- 1-Manson - Bahr PEC. Bell DR. Manson's tropical Diseases 19th ed, London: Baillier Tindal; 1987: 407.
- 2- Seymour I. Schwartz. Principles of surgery. 7th ed. New York: Mcgraw Hill Co; 1999: 1334 – 39.
- 3- William C, Meyers MD. Sabiston Text book of surgery 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 2001: 1007– 8.